



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

Hyvän hoidon laatutaso Järvenpään terveys- keskussairaalan akuuttiosastolle ja kotisairaa- laan

RAFAELATM hoitoisuusmittarin osa-alueiden mukaan

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma
YAMK
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Riina Turunen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
YAMK / STKJ11Y

RIINA TURUNEN: Hyvän hoidon laatutaso Järvenpään terveyskeskussairaalan akuuttiosastolle ja kotisairaalaan RAFAELATM hoitoisuusmittarin osa-alueiden mukaan

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YAMK,
opinnäytetyö 78 sivua, 13 liitesivua

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää osallistavaa toimintakulttuuria potilaiden hyvää hoitoa suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda Hyvän hoidon laatutaso RAFAELATM hoitoisuusluokituksen mukaan. Kehittämistyön tulosten perusteella laadittiin Hyvän hoidon laatutaso, joka vaadittiin RAFAELATM hoitoisuusmittarin käyttöön liittyvän optimaalisen hoitoisuuden määrittelyssä.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, jonka toteutumisessa näkyi osallistavan johtamisen piirteitä. Hoitotyön esimiehet mahdollistivat kaikkien hoitotyöntekijöiden osallistumisen työryhmien työskentelyyn. Aineisto kerättiin syksyllä 2013 Järvenpään terveyskeskussairaalan akuuttiosaston ja kotisairaalan hoitotyöntekijöistä koostuvien ryhmien teemahaastatteluilla. Työryhmien teemat valikoituivat RAFAELATM osa-alueiden pohjalta. Kerätty aineisto kuvasi hyvän hoidon laatutasoa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.

Kehittämistoiminnan tuloksena oli Hyvän hoidon laatutaso RAFAELATM osa-alueiden mukaan. Osa-alueita oli kuusi sekä laatutasoa kuvaamaan työryhmissä nousi tarve lisätä yleiseen hoitotyön laatuun vaikuttavia asioita Hyvän hoidon laatutasoon. Hyvän hoidon laatutaso tehtiin niin, että siitä sai tiivistetyn version potilaiden, omaisten ja organisaation ulkopuolisten toimijoiden käyttöön.

Kehittämistoiminnan tuotoksena laadittiin Hyvän hoidon laatutaso akuuttiosastolle sekä kotisairaalaan. Kehittämistoiminnan ohessa syntyi kehittämis ehdotuksia toiminnan tueksi. Hoidon laadun kehittämiseksi yksiköissä tulisi panostaa hoitotyön kirjaamiseen, ohjeiden päivitykseen, koulutukseen ja hoitotyöhön liittyvään arvokeskusteluun.

Avainsanat: RAFAELATM, hoitotyön mittaaminen, hyvä hoito, laatu

Lahti University of Applied Sciences
Master's Degree in Social and Health Care
Degree Programme in Development and Management in Social and Health Care

RIINA TURUNEN: Good nursing quality level to Järvenpää Health center acute ward and home hospital by RAFAELATM nursing rating

Master's Thesis in Development and Management in Social and Health Care
78 pages, 13 appendices

Spring 2014

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to develop participatory operating culture for patient nursing and evaluation. The aim of this thesis was to create good nursing quality level in RAFAELATM nursing rating. Result of developing was Good nursing quality level, which was part of requirement in use of RAFAELATM nursing ratings optimal care.

This development project was carried out as action research. Superiors of nursing allowed the whole nursing staff to participate to the work for this development project. The material for this thesis was collected Järvenpää Health center in autumn 2013 from nurses, which take part in the theme interview. Theme interview for groups had themes from RAFAELATM sectors. Acquired material points out the good nursing quality from nurse's point of view.

Result of developing was Good nursing quality level based on RAFAELATM. There are six sectors in RAFAELATM which are in quality level and groups decided to add the general things to quality level as a seventh sector where issues are that effect good nursing. Good nursing quality level were made the way that it is easy to modify for different use example the own version to patients and cooperation partners.

Output of developing was Good nursing quality level to acute ward and home hospital. Another output of developing was improvement proposal to contribute the working and developing in the future. Improve the quality of nursing there should invest in documentation of patient information, update the instructions, education and nursing value conversation.

Key words: RAFAELATM, measuring of nursing, care, quality

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1	Kohdeorganisaatio	4
2.2	Kehittämishankkeen toimijat	6
2.3	Tarkoitus ja tavoite	6
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	8
3.1	Hoidon laatu	8
3.2	Hyvä hoito	11
3.3	Hoitoisuusluokituksista	14
3.4	RAFAELA TM hoitoisuusluokitus	18
3.5	Osallistava johtaminen hoitotyössä	22
4	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN TOIMINTATUTKIMUKSENA	26
4.1	Toimintatutkimus kehittämishankkeen lähestymistapana	26
4.2	Laadullinen aineistonkeruu	29
4.3	Kehittämishankkeen toteuttaminen	33
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	41
5.1	Hyvän hoidon laatutasoon vaikuttavia tekijöitä	41
5.2	Hoidon suunnittelu ja koordinointi	43
5.3	Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet	44
5.4	Ravitsemus ja lääkehoito	45
5.5	Hygienia ja eritystoiminta	47
5.6	Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo	49
5.7	Hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki	51
5.8	Yhteenveto tuloksista	52
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	54
6.1	Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys	54
6.2	Kehittämishankkeen arviointi	58
6.3	Johtopäätökset ja jatkokehittämisasiheet	64
	LÄHTEET	69
	LIITTEET	
	VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.	

LIITE 1 TUTKIMUSLUPA JÄRVENPÄÄN KAUPUNKI**VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI**

LIITE 2A RAFAELATM –JÄRJESTELMÄN
TUTKIMUSLISENSSISOPIMUS**VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITET**

LIITE 2B RAFAELATM –JÄRJESTELMÄN
TUTKIMUSLISENSSISOPIMUS, JATKOSOPIMUS**VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI**

LIITE 3 HYVÄN HOIDON LAATUTASO**VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRIT**

LIITE 4 TEEMAHAASTATTELUIJEN RUNKO**VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄ**

1 JOHDANTO

Useassa laissa määritellään palveluihin ja hoidon laatuun liittyviä asioita. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun. Lain mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (L1992/785.) Suomen perustuslain mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. (L 1999/731.) Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua sekä hyviin hoitokäytäntöihin ja näyttöön perustuvaa. (L 2010/1326.)

Laatu on tuotteen tai palvelun kykyä täyttää asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset. Laadukas palvelu täyttää toiminnalle asetetut tavoitteet ja toiminnan tulokset sekä tavoitteet vastaavat toisiaan. Laadultaan hyvä terveydenhuolto käyttää sille annettua resurssit turvallisesti, tuhlaamatta ja korkeatasoisesti. Hyvän laadun edellytys on, että johto ja koko muu henkilökunta sitoutuvat yhteisesti määriteltyihin tavoitteisiin. Hyvä ja laadukas hoito on toimivaa yhteistyötä erilaisten toimintayksiköiden välillä. (Kuntaliitto 2011, 8.)

Laadukas hoitotyö on yhteistyötä ja moniammatillisuutta. Yhteistyötä tehdään eri hoitohenkilökuntaan kuuluvien kanssa kuten myös potilaiden ja omaisten kanssa. Laadukas hoitotyö on saumatonta ja toimivaa yhteistyötä ja tiedonkulkua hoitavien tahojen sekä toimintayksiköiden välillä. Laadukas hoito edellyttää ammattitaitoista henkilökuntaa, joka osaa hyödyntää tutkittua tietoa hoitotyössä kehittämällä hyviä hoitokäytänteitä omaan työyksikköön. (Kuntaliitto 2011, 8.) Terveydenhuollossa toimivat ovat velvollisia ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan sekä perehtymään säännöksiin ja ohjeisiin, jotka koskevat heidän ammattitoimintaansa. (L 1994/599.)

Elele ja Fields`n mukaan henkilökunnalla on usein huomattavasti enemmän tietoa työstään kuin johtotehtävissä olevilla. Henkilökunta, joka osallistuu päätösten tekemiseen, omaa paremmat valmiudet toteuttaa työn muutokset päätösten mukai-

sesti. Osallistava päätöksenteko tehostaa henkilökunnan moraalia, koska ne henkilökunnan jäsenet, jotka saavat tunnustusta kokevat, että johtotehtävissä olevat näkevät heidät älykkäinä, pätevinä ja arvokkaina kumppaneina. (Elele & Fields 2010, 370.) Osallistumisen ja osallistamisen avulla saadaan henkilökunnan kokemus ja osaaminen työskentelemään organisaation tavoitteiden saavuttamisen hyväksi. Osallistavassa työssä tärkeää on eri toimijoiden välinen vuorovaikutus ja kaikkien henkilökunnan jäsenten tulisi saada mahdollisuus osallistua toiminnan kehittämiseen. (Tienari & Meriläinen 2009, 125 – 127.) Osallistavassa organisaatiossa esimiehet eri tasoilla ovat keskeisessä osassa ja johtaminen vaatii esimiehiltä ennakkoluulottomuutta, sinnikkyyttä ja uskoa tulevaisuuteen. (Tuomi & Sumkin 2010, 14)

Toteutin opinnäytetyöni työelämälähtöisenä kehittämishankkeena Järvenpään terveyskeskussairaalan akuuttiosastolla ja kotisairaалassa. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää akuuttiosastojen ja kotisairaalan osallistavaa toimintakulttuuria potilaiden hyvää hoitoa suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa. Tavoitteena oli luoda Hyvän hoidon laatutaso yhteistyössä Järvenpään terveyskeskussairaalan hoitotyöntekijöiden, tiimivastaavien ja hoitotyön esimiesten sekä ylihoitajan kanssa. Hyvän hoidon laatutason luominen liittyi RAFAELATM-hoitoisuusmittariin liittyvän PAONCIL-menetelmällä tehtävän optimaalisen hoitoisuuden tason määrittelyyn.

Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa korostui osallistavan johtamisen merkitys työn kehittämisessä. Aineistonhankintamenetelmänä oli teemahaastattelu. Teemahaastattelut toteutettiin RAFAELATM:n hoitoisuusluokkien mukaan ja haastateltavat ryhmät muodostuivat hoitotyöntekijöistä, tiimivastaavista ja hoitotyön esimiehistä. Jatkossa käytän haastateltavista ryhmistä nimitystä työryhmä, kun kuvaan hoitotyöntekijöistä koostuvaa ryhmää. Näitä työryhmiä oli kuusi (6) ja ne koostuivat akuuttiosaston ja kotisairaalan hoitotyöntekijöistä sekä tiimivastaavista. Työryhmien kokoonpano vaihteli teemoittain, jotta mahdollistui jokaisen hoitotyöntekijän osallistuminen työryhmiin. Ohjausryhmällä tässä työssä tarkoitetaan ryhmää, johon kuuluvat ylihoitaja, hoitotyön esimiehet sekä opinnäytetyön tekijä. Laajennettuun ohjausryhmään kuuluivat ohjausryhmän jäsenten lisäksi tiimivastaavat.

Kehittämishankkeeni osallistavuus näkyi hoitotyöntekijöiden, tiimivastaavien ja hoitotyön esimiesten yhteistyönä sekä hoitotyöntekijöiden ammatillisen osaamisen arvostamisena. Hoitotyön esimiehet eivät osallistuneet varsinaiseen Hyvän hoidon laatutason luomiseen, vaan hoitotyön esimiehet osallistivat hoitotyöntekijänsä työryhmiin ja mahdollistivat Hyvän hoidon laatutason luomisen hoitotyöntekijöiden näkökulmasta huomioiden organisaation arvot ja tavoitteet sekä toiminnan perustehtävän.

Osallistamisen ja organisaatioiden tuloksen yhteyttä tukee Lavarda, Giner ja Bonet`n (2009, 82–83) tutkimus, jonka mukaan organisaatioiden tulisi sallia henkilöstönsä laajempi osallistaminen ja osallistuminen. Salliessaan laajempaa osallisuutta saadaan positiivisia vaikutuksia organisaatioiden toimintaan ja tulokseen.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

Järvenpään kaupungin Terveyskeskussairaalan akuuttiosastolla ja kotisairaalassa otettiin RAFAELATM hoitoisuusluokitus käyttöön vuonna 2012. Tuolloin asetettiin tavoitteeksi tehdä Hyvän hoidon laatutaso vuonna 2013. Hyvän hoidon laatutason tekeminen liittyi PAONCIL-menetelmään, jonka läpimeno oli terveysterveyskeskussairaalan vuoden 2013 tulokortissa. (Järvenpään kaupunki 2012; Järvenpään kaupunki 2013.) Tähän tavoitteeseen liittyen tässä kehittämishankkeessa tehtiin Hyvän hoidon laatutaso akuuttiosastolle ja kotisairaalaan FCG:n (Finnish Consulting Group) ohjeistuksen mukaisesti yhteistyössä hoitotyöntekijöiden ja hoitotyön esimiesten kanssa. Hyvän hoidon laatutason tuli olla valmiina marraskuun alussa 2013.

2.1 Kohdeorganisaatio

Kehittämishanke toteutettiin Järvenpään Terveyskeskussairaalassa, joka sijoittuu vastuualueen terveyspalvelut ja aikuissosiaalityön palvelualueelle. Palvelualueetta johtaa palvelujohtaja. Terveyskeskussairaala koostuu akuuttiosastosta, joka toimii fyysisesti kahdessa eri tilassa sekä kotisairaala. Vastuualueen toiminta on ympärivuorokautista. Vastuualueen johtamista kehitetään Järvenpään kaupungin johtamismallin mukaiseen suuntaan ja johtamisen tulee olla osallistavaa ja vuorovaikutteista. Työhyvinvointia edistetään kaupungin ja terveys- ja aikuissosiaalityön yhteisten ohjeistusten pohjalta. (Järvenpään kaupunki 2012)

Akuuttiosasto on profiloitunut perusterveydenhuollon akuuttisairaanhoidon ja akuuttihoidon jälkeen potilaat sijoittuvat mahdolliseen jatkohoitoon heidän palvelutarpeidensa mukaisesti yksikköihin. Kotisairaalan tarkoituksena on tarjota sairaalahoitoa korvaavaa lyhytaikaishoitoa potilaan kotona. Kotisairaalan hoito on vaihtoehtoinen hoitomuoto sairaalan osastohoidolle. Kotisairaala toimii kiinteässä yhteistyössä akuuttiosaston ja päivystyksen kanssa. Kotisairaalan tärkeä tehtävä on toimia perusterveydenhuollon palliatiivisen hoidon yksikkönä ja huolehtia saattohoidosta kotona. Potilaat tulevat lääkärin läheteellä pääsääntöisesti terveyskeskuksen päivystyksestä sekä Hyvinkään sairaalasta ja muualta erikoissairanhoidosta. (Järvenpään kaupunki 2012)

Järvenpään Terveyskeskussairaalan akuuttiosaston tehtävänä on tarjota akuutisti sairastuneille aikuispotilaille moniammatillista, kokonaisvaltaista ja asiakaslähtöistä sairaalahoitoa. Päämääränä on potilaan kuntoutuminen parhaalle mahdolliselle toimintakyvyn tasolle. Akuuttiosasto huolehtii myös kotisairaalan kanssa yhteistyössä perusterveydenhuollon potilaiden palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. (Järvenpään kaupunki 2012)

Järvenpään terveystieteiden sairaalan kotisairaala tarjoaa sairaalahoitoa korvaavaa lyhytaikaishoitoa potilaan kotona ja lyhytaikaista hoitoa sekä tukea sairaalasta kotiutuville potilaille. Lisäksi kotisairaala huolehtii järvenpäälaisistä kotona asuvista palliatiivisen hoidon potilaista ja kotisaattohoidosta toimien palliatiivisen hoidon asiantuntijayksikkönä. Päämääränä on edistää potilaan hyvinvointia ja terveyttä hänen kotonaan. (Järvenpään kaupunki 2012)

Terveystieteiden sairaalan arvoja ovat potilaslähtöisyys (asukaslähtöisyys), vastuullisuus, taloudellisuus ja oikeudenmukaisuus. Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan, että sairauden hoito ja terveyden sekä kuntoutumisen edistäminen on kokonaisvaltaista ja laadukasta. Potilaan omat voimavarat tunnustetaan ja niitä tuetaan sekä huolehditaan turvallisesta kotiutumisesta ja kotona selviytymisen mahdollisuuksista. Vastuullisuus näkyy ammatillisena ja inhimillisenä vastuuna potilaasta, työtoverista, työyhteisöstä ja omasta itsestä sekä huolehtimisena henkilöstön työhyvinvoinnista. Taloudellisuus tarkoittaa, että tarjotaan oikein kohdennettu hoito oikealla hoidon portaalla ja saavutetaan paras mahdollinen kustannus-laatusuhde resurssit huomioiden. Oikeudenmukaisuus on oikeutta hyvään ja asianmukaiseen hoitoon ja kohteluun tasapuolisesti ja potilaan omaa mielipidettä kuunnellen. Arvo tarkoittaa myös oikeudenmukaisuutta suhteessa työtovereihin, työyhteisöön ja esimieheen. (Järvenpään kaupunki 2012)

Terveystieteiden sairaalan henkilöstömäärä on määritelty käytössä olevien potilaspaikkojen, sairaansijojen ja potilaiden hoitoisuuden mukaan. Vastuualueen kaikki vakanssit ovat koko yksikön käytössä ja toiminnan sekä potilaiden hoitoisuuden muuttuessa vakansseja voidaan vastuualueen sisällä siirtää tarpeen mukaan. Vastuualueen henkilöstö koostuu lääkäreistä, sairaanhoitajista, lähi-/perushoitajista,

laitoshuoltajista ja osastosihteereistä. Päivittäisen työn esimiehinä työyksiköissä toimivat hoitotyön esimiehet. Fysioterapeuttien ja toimintaterapeutin palveluita saadaan fysioterapiaosastolta. Akuuttiosastolla on käytössä 54 potilaspaikkaa ja kotisairaalassa 15 potilaspaikkaa. (Järvenpään kaupunki 2012)

2.2 Kehittämishankkeen toimijat

Kehittämishankkeen toimijat muodostivat hankkeen ohjaaja Riina Turunen sekä työ- ja ohjausryhmät. Ohjausryhmän jäseninä toimivat akuuttiosaston ja kotisairaalan ylihoitaja, hoitotyön esimiehet sekä hankkeen ohjaaja. Laajennetussa ohjausryhmässä olivat mukana myös tiimivastaavat. Ohjausryhmän tehtävänä oli ohjata ja valvoa hankkeen etenemistä. Lisäksi ohjausryhmän tehtävänä oli olla hankkeen etenemisen tukena ja mahdollistaa resurssit hankkeen läpi viemiseksi.

Työryhmät muodostettiin valitsemalla jokaiseen työryhmän tapaamiseen akuuttiosastolta ja kotisairaalaan työntekijät. Työryhmiin osallistui akuuttiosaston ja kotisairaalan tiimivastaavat, jotka vastasivat työryhmien hoitotyöntekijöiden valitsemisesta. Tavoitteena oli, että työryhmiin osallistuvat kaikki hoitotyöntekijät, mutta heistä neljä (4) ei päässyt osallistumaan työryhmiin työlomien ja sairauslomien vuoksi. Kaikki muut hoitotyöntekijät osallistuivat työryhmiin työhön liittyvänä kehittämistoiminnan edistäjinä. Työryhmien osallistujat vaihtelivat työryhmittäin, osa hoitotyöntekijöistä osallistuiin työryhmiin useamman kerran ja osa kerran. Työryhmän toimintaa ohjasi hankkeen ohjaaja. Työryhmän tehtävänä oli yhdessä hankkeen ohjaajan kanssa tuottaa Hyvän hoidon laatutaso akuuttiosastolle ja kotisairaalaan. Hoitotyöntekijät toivat Hyvän hoidon laatutasoon käytännön työntekijän näkemyksen ja osaamisen.

2.3 Tarkoitus ja tavoite

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää Järvenpään Terveyskeskussairaalan akuuttiosaston ja kotisairaalan osallistavaa toimintakulttuuria potilaiden hyvää hoitoa kehitettäessä, suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa. Tarkoituksena oli vaikuttaa hoidon laatuun tuottamalla Hyvän hoidon laatutaso yhteistyössä hoitotyöntekijöiden ja johdon kanssa.

Tavoitteena oli luoda Hyvän hoidon laatutaso Järvenpään terveystieteiden sairaalan akuuttiosastolle ja kotisairaalaan RAFAELATM hoitoisuusluokituksen mukaan sekä osallistuttaa hoitotyöntekijät määrittelemään Hyvän hoidon laatutaso.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

Kehittämishankkeeni keskeinen tietoperusta pohjautuu terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden hyvän hoidon ja hoidon laadun käsitteistöön. Hoitotyön kehittämisestä, hoidosta ja osallistavasta toimintakulttuurista terveydenhuollossa on paljon tutkittua tietoa, mutta hoitotyön mittaamiseen liittyvä alan tutkimus on vähäisempää. Kehittämishankkeen tietoperustassa käsittelen edellä mainittuja teemoja sekä kehittämishankkeen aihealuetta käsitteleviä aiempia tutkimuksia.

3.1 Hoidon laatu

Hoidon laatu on tärkeä osa hoidossa olevan potilaan elämänlaatua. Mitä riippuvaisempi potilas on avusta ja mitä kapeampi on hänen elämänalansa, sitä tärkeämmässä roolissa on hoidon laatu puhuttaessa elämänlaadusta. Hoidon laadun ylläpitämiseksi ja parantamiseksi on tärkeää toiminnan säännöllinen arviointi, tavoitteiden asettaminen ja laadun parantamisaloitteiden toteuttaminen asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Vaarama 2002, 13–15.)

Terveydenhuoltolaki (2010/1326) velvoittaa terveydenhuollon toiminnan pohjautuvan näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadultaan hyvää, turvallista ja toteutettu asianmukaisesti. Tarkasteltaessa hoidon laatua potilaan näkökulmasta voidaan laadun ajatella olevan hoidon sopivuutta, hoidon kelvollisuutta potilaan tarpeisiin ja odotuksiin nähden, hoidon hyväksyttävyyttä, palvelun virheettömyyttä sekä hoitopalveluiden vakioisuutta. Hoidon laatuun yhteydessä olevia tekijöitä ovat hoitotyöntekijöiden henkilökohtaiset voimavarat, työyhteisössä vallitseva ilmapiiri, ammattitaito, kiireettömyys, arvot, hoitotyöntekijöiden pysyvyys, hoitomallit, koulutus, työssä viihtyminen ja johtamiseen liittyvät asiat. Kaikki edellä mainitut tekijät edistävät hoidon laatua. Hoidon laatua estäviä tekijöitä ovat kiire, työn määrä, työn sisältö, yhteistyön ongelmat, epävarmuus työn jatkumisesta ja riittämätön henkilökuntamäärä sekä potilaihin liittyvät tekijät kuten suuri potilasmäärä ja väkivaltaiset potilaat. (Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006, 107–119.)

Laatua voidaan tarkastella joko subjektiivisesta eli asiakkaan näkökulmasta tai objektiivisesta eli ulkopuolisen arviointiin perustuvasta näkökulmasta. Arvioijina voivat toimia esimerkiksi potilaat ja omaiset. Hoidon laadun arviointia voidaan tehdä eri mittareilla tai eri tarkastelutapoja yhdistämällä. (Muurinen 2007, 43.) Potilaan oma mielipide ja kokemus palvelujen laadusta tulisi olla keskeisellä sijalla hoitoa kehitettäessä. Tarjottavien palveluiden tulisi vastata potilaan tarpeisiin (Lehtoranta 2007, 31.)

Laatu muodostuu hoitotyöntekijästä, hoitotyöntekijän ominaisuuksista, toimintatavoista sekä edellytyksistä ja tavoitteista, mitä konkreettinen hyvä hoito edellyttää. (Leino-Kilpi 1990, 120.) Ammatillinen laatu kuvaa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta hoidon ja palvelun kykyä vastata potilaan tarpeisiin ja toteuttaa niitä toimintoja, jotka ovat välttämättömiä hyvien lopputulosten saavuttamiseksi. (Voutilainen 2004, 20.)

Laadun edellytyksenä pidetään potilaskeskeisyyttä sekä motivoitunutta ja hyvinvoivaa henkilöstöä. Laadun kehittämisessä johtamistyöllä on keskeinen rooli. (Kvist 2004, 5.) Laadukkaasti johdetuissa yhteisöissä ja yksiköissä johdon tuki ja osallistuminen laadun systemaattiseen kehittämiseen on näkyvää. Tällaisen yhteisön arvot ovat vahvat sekä tunnetaan ja huomioidaan potilaan arvot kaikessa toiminnassa. Laatua ovat kaikki ne ominaisuudet, jotka antavat olennaisen leiman tarkastelun kohteena olevalle asialle. Potilastyytyväisyyttä korostettaessa laatu on kokonaisuus, joka muodostuu palvelun ja hoidon kyvystä täyttää sille asetetut vaatimukset ja kohdistetut odotukset. (Hokkanen & Strömberg 2006, 15, 18–19.)

Organisaation laatukulttuuri on systemaattinen toimintatapa edistää laatua. Laatukulttuuria tukevat johtaminen, arvot ja asenteet. Se pitää sisällään toimenpiteet, joilla kehitetään organisaation laatua, sekä yksilöllisen ja yhteisen sitoutumisen toiminnan laadun ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Laadunhallinnalla pyritään saavuttamaan asetetut laatutavoitteet, jotka perustuvat organisaation omaan laatu politiikkaan. Tavoitteiden saavuttamiseen pyritään toiminnan johtamisella, suunnittelulla, arvioinnilla ja toiminnan parantamisella. Laadunhallinta on kaikkien johdon tasojen vastuulla, mutta sen toteuttaminen on kaikkien organisaation jäsenten vastuulla. (Kuntaliitto 2011, 6.)

Kaustinen (2011) on tutkimuksessaan tutkinut Oulu- hoitoisuusluokitusta ja hoitohenkilökunnan ajankäyttöä hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Tutkimuksessa hyvän hoidon laatuvaatimuksia olivat kokonaisuhoito toteutuminen potilaan hoidossa ja potilaan välittömään hoitotyöhön käytetty aika sekä välittömän hoitotyön sisältö ja määrä. Tutkimuksessa hyvän ja laadukkaan hoitotyön nähtiin toteutuvan kokonaisvaltaisena. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan käyttämä aika potilaan välittömään hoitotyöhön yhdistyy laadukkaaseen hoitotyöhön. Hoitotyön ajateltiin olevan kokonaisvaltaista myös silloin, kun hoitohenkilökunta tekee monia asioita yhtä aikaa. Tällöin hoitotyö perustuu näkemykseen hoitohenkilökunnan tehtävistä. Tutkimuksen mukaan tehtävä- tai sairauskeskeinen hoitotyö ei ole potilaan tarpeista lähtevää. Laadukas hoitotyö edellyttää osaamisen lisäksi aikaa hoitotyöhön, jotta potilaiden tarpeisiin on mahdollista vastata kokonaisvaltaisesti. Tämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta käytti välittömässä hoitotyössä eniten aikaa potilaan fyysisiin perustarpeisiin vastaamiseen ja niitä vastaavan hoitotyön varmistamiseen. Vähiten aikaa käytettiin omaisten kanssa, jatkohoidon opetukseen ja ohjaukseen sekä emotionaaliseen tukemiseen. (Kaustinen 2011, 104–106, 122.)

Vaikka hoitohenkilökunnalla ei ollut Kaustisen tutkimuksen mukaan aikaa potilaan ohjaukseen, neuvontaan ja emotionaaliseen tukemiseen, niin asiantuntijat arvioivat kuitenkin nämä osa-alueet tärkeiksi hyvässä ja laadukkaassa hoitotyössä. (Kaustinen 2011, 107.) Omaisten roolin korostuminen on potilaiden hyvän hoidon laadun arvioinnissa ensiarvoisen tärkeää hoitotyöntekijöille, jotta asiakkaita voidaan auttaa yksilöllisesti. (Voutilainen 2004, 20.)

Hoitotyön lähtökohtana on aina potilaan hyvä hoito. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilaalla on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, joita terveydenhuollolla on käytettävissä. Lisäksi potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon. (L785/1992)

3.2 Hyvä hoito

Hyvän hoidon käsitteellä kuvataan laadukasta hoitoa. Potilaalle hyvä hoito on subjektiivinen käsite eli se perustuu potilaan omiin kokemuksiin ja mielikuviin hyvästä hoidosta. Hoitohenkilökunnalle hyvä hoito merkitsee subjektiivisuuden lisäksi myös näyttöön perustuvaa hoitotyötä. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.)

Terveystieteidenhuollossa tavoitteena on toiminnan perustuminen näyttöön ja korostetaan sitä, että johtamisen ja laadun kehityksen tulisi perustua näyttöön. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan, että päätökset hoitotyössä perustuvat parhaaseen ajan tasalla saatavissa olevaan tietoon hoitotyöntekijän asiantuntemuksen, toimintaympäristön mahdollisuuksien sekä potilaan toiveiden lisäksi. Hoitotyössä päätöksenteon ja toiminnan perustuminen näyttöön vaihtelee eri toimipaikoissa. (Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki & Pelkonen 2008, 11.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on rakentaa parhaan mahdollisen tutkimusnäytön kautta hoitotyöntekijöille ja potilaalle erilaisia hoitovaihtoehtoja sekä muuttaa hoitotyötä paremmaksi potilaalle. Onnistuakseen näyttöön perustuva hoitotyö vaatii taitoa tunnistaa ja tehdä päteviä kysymyksiä, hakea ja löytää sekä arvioida löydettyä tietoa, jonka perusteella on mahdollista tehdä johtopäätöksiä hyvästä hoidosta ja hoidon laadusta. (Lindfors 2007, 9.)

Hyvä hoito on inhimillistä toimintaa hoitotyöntekijän ja potilaan välillä, edellyttäen hoitotyöntekijältä hyvää ammattimaista tietoperustaa ja kokemusta ihmisistä. Hyvä hoito – käsite sisältää näin ollen tehtävä- ja ihmiskeskeisiä arvoja ja toimintoja. Tehtäväkeskeisyyttä ilmentäviä asioita ovat esimerkiksi fyysisten toimintojen tukeminen, omatoimisuuden tukeminen, potilaan ja omaisen ohjaus sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Ihmiskeskeisyyteen liittyy esimerkiksi potilaan kohtaaminen kunnioittavasti, rohkaaisuus ja huolenpito sekä asioiden puolestapuhujan tehtävät. (Teerijoki 2008, 11.)

Tutkimusten mukaan potilaiden mielipiteet hyvästä hoidosta liittyvät hoitohenkilökunnan ominaisuuksiin kuten huolellisuuteen ja ihmissuuntautuneisuuteen sekä

hoidon edellytyksiin kuten hoitotyöntekijöiden tiedot ja taidot. Tutkimuksissa nousi esiin, että potilaiden mielipiteisiin hyvästä hoidosta vaikuttivat myös hoito-ympäristöön liittyviä asioita kuten esimerkiksi turvallisuus ja tilaratkaisut sekä potilaan omiin selviytymisstrategioihin liittyviä tekijöitä eli potilaan omaan tahtoon parantua ja saatuun tietoon hoitoon liittyvistä asioista (Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuorenheimo & Välimäki 1994, 109–113).

Professori Helena Leino-Kilpi on 90-luvun vaihteessa tutkinut hoitohenkilökunnan käsityksiä hyvästä hoidosta. Sen jälkeen aihetta on tutkittu paljon myös potilaiden näkökulmasta HYVÄ HOITO – mittaria apuna käyttäen, jonka kehittäminen aloitettiin vuonna 1990. (Leino-Kilpi ym. 1994, 94.) Leino-Kilven vuonna 1990 tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajien näkemys oli, että hyvä hoitaminen on inhimillistä toimintaa liittyen hoitajan ominaisuuksiin, toimintatapoihin ja hoidon tavoitteisiin. Hyvä hoito on näiden kaikkien tekijöiden summa. (Leino-Kilpi 1990, 120.)

Hoitaminen koskee sekä yksilöä että ryhmiä, perheitä, yhteisöä ja ympäristöä (Aarva 2009, 31). Hoitotyö on hoitoalan koulutuksen saaneiden sairaanhoidollista työtä, kokonaisvaltaista hoitamista (Aarva 2009, 189). Aarvan (2009, 52) tutkimuksen mukaan on tärkeää ymmärtää, että hoitotyö ei välttämättä sisällä hoitamista. Haho (2006, 24) on esittänyt saman näkemyksen, jonka mukaan joskus hoitomuodot voivat olla pelkkää tekniikkaa ja työtä vailla sisältöä. Vaikka hoitotyössä ulkonaiset onnistumisen edellytykset olisivat kuinka turvatut, voi potilas silti jäädä ilman hoitamista.

Hoitotyöntekijöiden ja muiden hoitoon osallistuvien arvot ja osaaminen määrittävät potilaan elämän- ja kuolemanlaadun puitteet. Hoitotyön esimiesten ja muiden hoitotyötä johtavien tehtävänä on turvata potilaiden toimintakykyä ja hoitoisuutta vastaavat henkilöstövoimavarat, mutta varautua myös niihin tilanteisiin, joissa yksittäinen potilas voi tarvita hyvinkin runsaasti tukea ja hoitoa. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi kuntoutuminen akuutin sairauden jälkeen tai saattohoito. Hyvän hoidon turvaaminen edellyttää riittävää määrää osaavaa hoitotyöntekijöitä. Hyvän hoidon keskiössä on potilaan oikeus tarpeenmukaiseen ja kattavaan hoidon, palveluiden sekä erilaisten tukien tarpeen arviointiin, sekä siihen, että näitä

pystytään muuttamaan potilaan toimintakyvyn muutosten mukana. (Voutilainen 2010.)

Henkilöstömitoituksella on keskeinen rooli hoidon laadun ja hyvän hoidon edellytyksiä tarkasteltaessa. Henkilöstömitoitusten määritelmässä otetaan kantaa hoitotyössä tarvittavan henkilöstön määrään ja henkilöstön koulutusasteeseen, jolloin sillä tarkoitetaan, että riittävät tiedot ja taidot omaava henkilöstö tuottaa määrältään ja laadultaan tarkoituksenmukaiset hyvään hoitoon liittyvät palvelut kustannustehokkaimmalla ja inhimillisesti vaikuttavimmalla tavalla. (Voutilainen 2004, 21.)

Kaustisen (2011) tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitotyössä edellytettiin enemmän uutta osaamista, koska esimerkiksi potilaat ovat olleet sairaampia ja ovat tarvinneet tästä syystä vaativampaa hoitoa kuin aikaisemmin. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta koki, että potilaita ei ollut mahdollisuutta hoitaa niin kuin olisi pitänyt. Kokouksia ja osaamisen varmistamista sekä hoidon turvallisuudesta huolehtimista oli paljon. (Kaustinen 2011, 122.)

Hoitotyössä potilaan yksilölliset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet ovat olleet lähtökohtana suunnitelmalliselle hoitotyölle. Hyvään ja korkealaatuiseen hoitotyöhön sisältyy myös potilaan kuntoutusta, ohjausta, neuvontaa ja tukea. Kaustisen tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyö nähtiin kokonaisvaltaisena ja hoitotyössä potilaan yksilölliset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet nähtiin lähtökohtana suunnitelmalliselle hoitotyön prosessille. Tämä tutkimus osoitti, että potilaiden hoidon tarpeet ja niiden vaativuus hoitotoiminnoille olivat muuttuneet. Tulosten mukaan toimintaympäristön muutokset ja teknistyminen ovat tuoneet myös hoitotyöhön ja hoitoprosessiin liittyviä uusia osaamisvaatimuksia hyvää hoitoa toteutettaessa. (Kaustinen 2011, 106–107.)

Florence Nightingale määritteli ensimmäisen hoitotyön prosessia kuvaavan standardin. Hän asetti potilaan hyvälle hoidolle määritteitä huoneilman laadusta sekä sairaanhoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta. Hoidon laatua arvioivissa hoitajalähtöisissä mittareissa on teoreettisia eroavaisuuksia. Osa niistä pohjautuu hoitotyöntekijän kompetenssiin ja suoriutumiseen, osa hoitoprosessin vaiheiden

arviointiin ja osa mittareista arvioi hoidon yksilöllisyyttä. (Helenius, Leino-Kilpi, Vuorenheimo, Välimäki & Walta 1995, 27- 28.)

Odotettujen hoitotulosten tai hoidon tarpeen täsmällinen dokumentointi edistävät koko hoitoprosessin arviointia ja sujuvuutta. On mahdotonta osoittaa esimerkiksi hoidon vaikutuksia, jos ei tiedetä potilaan tulotilannetta ja mikä on potilaan vointi hoitoprosessin alusta alkaen. Hoidon edetessä hoitotyöntekijän tulisi tunnistaa potilaan ongelmat ja kerätä tietoja potilaasta, valita oikeat hoidolliset hoitotyön toiminnot ja viimeisenä arvioida hoidon vaikutuksia asiakkaaseen ja potilaaseen. (Ensio & Saranto 2004, 36–37.)

3.3 Hoitoisuusluokituksista

Terveystieteiden menetelmien mittaaminen ja arviointi perustuvat toimintatapojen tutkimiseen. Mittaamisessa ja arvioinnissa perehdytään selvittämään monitieteisesti ja systemaattisesti terveydenhuollon menetelmien aiheuttamia lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutteita. (Finohta 2010.) Mittaaminen on tärkeä osa terveydenhuollon palvelujen tehokasta järjestämistä lääketieteellisestä näkökulmasta katsottuna, mutta myös toiminnan organisoimisen ja johtamisen näkökulmasta katsottuna (Kujala, Kouri, & Turanlahti 2005, 5147).

Aikoinaan jo Florence Nightingale käytti hoitotyössä potilaiden luokittelua toiminnan tehostamiseksi. Hoitotyön tarpeen mukaista varhaista luokittelua voidaan kutsua myös ns. intuitiiviseksi luokitteluksi. Tuolloin hoitajien kansliaa lähemmäksi sijoitettiin eniten hoitoa tarvitsevat potilaat. (Partanen 2002, 23.)

Potilaiden hoitoisuusluokitusjärjestelmän kehittäminen on aloitettu Yhdysvalloissa 1940- ja 1950-luvuilta lähtien. Johns Hopkinsin sairaalassa Robert Connorin kehittämää sisätauti-kirurgisten potilaiden luokitteluohjelmaa 1960-luvun alkupuolelta pidetään hoitoisuusluokitusten perustana. Connor ja hänen tutkijaryhmänsä ovat ensimmäisinä osoittaneet tutkimukseen pohjautuen, että potilaiden lukumäärä ei määritä hoitotyön määrää, vaan potilaiden sijoittuminen eri hoitoisuusluokkiin, hoitotyön työmäärä vaihtelee huomattavasti työvuorosta ja päivästä toiseen, hoitotyön työmäärä vaihtelee osastosta toiseen ja osastolla hoitotyön ko-

konais määrään vaikuttaa eniten raskaimpiin hoitoisuusluokkiin kuuluvien potilaiden lukumäärä. Yhdysvalloissa 1970-luvulla sairaanhoitajapula ja paine sairaaloiden kustannusten hillitsemiseksi aiheuttivat sen, että hoitoisuusluokitusten avulla yritettiin valvoa tuotantotasoa, ennustamaan ja korjaamaan henkilöstön mitoitusta sekä olemaan mukana osana budjetin tekoa. Suomessa hoitoisuusluokituksiin liittyvä kehitys alkoi 1960-luvulla ja hoitoisuusluokitukset laadittiin amerikkalaisten esimerkkien pohjalta. Kaikissa pohjoismaissa on käytössä useita erilaisia hoitoisuusluokitusjärjestelmiä. (Fagerström, Nojonen & Åkers 2002, 181; Fagerström & Rauhala 2003, 9; Partanen 2002, 23; Seppälä 1992, 2–4.)

Hoitoisuusluokitus heijastaa oman aikakautensa käsitystä hyvästä hoidosta. Hyvän hoitamisen määrittely ei ole yksiselitteistä, vaan näkökulman valinnasta on riippunut millainen hoito ja hoitaminen on missäkin yhteydessä määriteltä hyväksi. Näkökulma on voinut olla esimerkiksi potilaan, läheisen, hoitohenkilökunnan tai sairaalan. Pohjan luokitukselle ovat muodostaneet olettamukset terveydestä, sairaudesta, hoitotyöstä sekä potilaasta. On jouduttu pohtimaan sitä, millaiset arvot, periaatteet ja tietoperusta luokituksen taustalla on. Luokitusten kehittäminen on perustunut näkemyksiin potilaasta, hoitotyön tarpeista ja itse hoitotyöstä. (Kaustinen 2011, 21–22.)

Termi hoitoisuusluokitusjärjestelmä tarkoittaa kolmen asian yhdistelmää: hoitoisuusluokitusmittaria, hoitotyön ajan määrittystä kuhunkin hoitoisuusluokkaan ja henkilöstömitoitusmenetelmää. Hoitoisuusluokitusmittarit kuvaavat potilaan hoidon tarvetta ja annettua hoitoa sekä ovat osa terveydenhuollon arviointia. Luokitusten avulla potilaat sijoitetaan tiettyjen ominaisuuksien perusteella hoidon tarpeen samanlaisuutta kuvaaviin luokkiin. Hoitotyön ajan määrittelyllä pyritään sovittamaan yhteen potilaiden hoidon tarpeet ja siinä tarvittavat hoitotyön voimavarat. (Partanen 2002, 17, 22.)

Hoitoisuusluokitusten päätarkoitukset ovat alun perin liittyneet hallinnollisiin tarpeisiin, henkilöstömitoitukseen ja hoitamisessa tarvittavaan henkilöstön määrän selvittämiseen. Hoitoisuusluokitus on tarkoitettu apuvälineeksi varmistamaan hoitotyön laatua, henkilöstösuunnitteluun, potilasrakenteen analysointiin, hoitotyön budjetin suunnitteluun, henkilöstötarpeen perustelemiseen sekä hoitotyön kustan-

nusten ja hinnoittelun pohjaksi. (Kaustinen 2011, 16; Partanen 2002, 25; Rauhala, Raunio, Fagerström & Nojonen 1999, 3571.) Hoitoisuusmittareiden tarkoituksena on tarjota metodi, jolla voidaan tunnistaa potilaan yksilöllinen hoidon tarve, joka voi vaihdella päivittäin. (Luhtasela 2006, 12.) Hoitoisuusmittarit ovat hoitotyön jäsentäjiä, joilla näkymätön hoitotyö saadaan näkyväksi. (Fagerström ym. 2003, 12; Partanen 2002, 21.) Hoitoisuusluokitus on hoitajan arvio potilaan yksilöllisestä välittömästä ja välillisestä hoidosta tiettynä ajanjaksona. Välittömän hoitotyön toimittoja voivat olla esimerkiksi potilaalle tehtävät fyysiset toimenpiteet, omaisen neuvonta ja ohjaus. Välillisessä hoitotyössä hoitohenkilökunta ei ole välittömässä kontaktissa potilaaseen tai omaiseen, mutta toiminnot liittyvät potilaan hoitoon tai osaston muuhun toimintaan. (Fagerström ym. 2003, 11, Huuskonen 2006, 6.)

Laajarinteen ja Salmisen (2009, 31 - 33) tutkimuksen tulosten mukaan osastonhoitajat kuvaavat, että hoitoisuusluokituksen avulla voidaan lisätä hoidon arviointia sekä parantaa hoidon laatua. Hoitoisuusluokitukset ovat osastonhoitajien mielestä yhtenäistäneet hoitokäytäntöjä sekä parantaneet kirjaamisen tasoa, mikä on vaikuttanut kokonaishoidon laadun parantumiseen. Osastonhoitajat mainitsevat, että hoitoisuusluokitukset ovat lisänneet hoitotyön näkyvyyttä.

Hoitoisuus tarkoittaa potilaan perushoidon tarvetta ja riippuvuutta hoitohenkilökunnan hoitotyön toimista. Toisin sanoen hoitoisuudella kuvataan hoitotyön työmäärää ja hoitamisen vaativuusastetta. (Luhtasela 2006, 10 - 11) Hoitoisuuden arvioinnin tekee koulutuksen saanut hoitotyöntekijä. Hoitoisuuden määrittelyssä huomioidaan hoidon toteutuksessa käytetty aika ja hoidon toteuttavan hoitohenkilökunnan määrä hoitoajan tai hoitovuorokauden aikana. (Kaustinen 2011, 21 - 25.)

Hoitotyön tuloksia mitattaessa arvioinnin edellytyksenä on, että hoitotyön teoreettiset taustat on määritetty. Samoin etukäteen on asetettu tulosta mittaavat kriteerit, jolloin saadaan numeerinen arvo mitattavalle asialle. Jotta potilaan hoitoisuutta voidaan mitata, on käytettävä hoitotyöhön kehitettyä mittaria, joka perustuu suomalaisen hoitokulttuuriin sekä huomioi hoitotyön arvot ja arvostukset. Lisäksi mittarin tulee sisältää kaikki hoitotyön toiminnot, joilla potilaiden hoidon tarpeeseen vastataan. Hoitotyön määrää ja laatua mitattaessa mittarin tulee olla sisällöll-

tään ja tarkoitukseltaan sopiva, luotettava, herkkä ja soveltua eri potilasryhmien hoitotyön toimintojen arviointiin. (Kanerva 2004, 12; Luhtasela 2006, 17 -18.)

Luhtasela (2006) näkee hoitotyön tulosten näkyvän hoitoisuusmittarien käytössä. Kuitenkin Kaustinen (2011) on tutkimuksessaan todennut, että hoitoisuusluokitusten ongelma on ollut, että ne eivät ole huomioineet hoitotyön tulosta. Hoitoisuusluokituksia on tutkittu vain niukasti hoitoisuuden arvioimisen ja hoitoon liittyvien tulosten näkökulmasta. Ongelmana hoitoisuusluokituksissa on Kaustisen mukaan ollut myös se, että luokituksissa ei välttämättä näy potilaan yksilölliset hoidon tarpeet, jos hoitoisuus arvioidaan vain toteutunutta hoitotyötä tarkastelemalla. (Kaustinen 2011, 121.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmien ongelmana nähdään, että se ei sovellu reaaliaikaiseen johtamiseen. Hoitoisuusluokitusjärjestelmät kertovat osastojen tilanteen jälkeenpäin ja eri osastojen tulevaisuutta on vaikea ennustaa. Pitkäjärjestelmään johtamiseen hoitoisuusluokitusjärjestelmät antavat enemmän tietoa. Ennakolta suunniteltavat työvuorolistat ja muuttuvat tilanteet ovat esteenä reaaliaikaisessa johtamisessa. Henkilöstöjohtamisessa hoitoisuusluokitusjärjestelmien kautta saatua tietoa voisi käyttää päätöksenteossa, suunnittelussa ja henkilöstövoimavarojen kohdentamisessa potilaiden laadukkaan hoidon turvaamiseksi. Organisaatiotasolla tarvitaan tietoa siitä, mihin hoitotyöntekijöiden voimavaroja tulisi keskittää. (Rainio & Orhinmaa 2004, 27.)

Mäkelä (2006, 59–68) tutki, miten erikoissairaanhoidon ylihoitajat käyttivät hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatavaa tietoa hoitotyön johtamisessa. Ylihoitajat olivat kuvanneet osastojen hoitoisuutta huomattavasti enemmän kuin mitä johtoryhmien kokousmuistioissa ilmeni. Ylihoitajat kuvasivat raportoinnissaan hoitoisuuden vaihteluita hoitoisuustunnuslukujen kuukausittaisten ja viikontähtäkohtaisen vaihtelun avulla ja toisaalta myös potilaiden hoitoisuusluokajakautensa avulla. Hoitotyöntekijöiden päivittäistä henkilöstömitoitusta oli suunniteltu hoitoisuustunnuslukujen perusteella ja tämän pohjalta oli kehitetty uusi työvuoro. Uudessa työvuorossa hoitaja sijoittui kahdesta vuodeosastosta siihen työpisteeseen, jolla oli sillä hetkellä korkeammat hoitoisuustasot.

Partasen (2002, 164–175) väitöskirjan tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitotyön henkilöstömitoitusten arviointia ja suunnittelua varten erikoissairaanhoidon hoitoympäristössä. Tutkimuksessa henkilöstömitoitus oli riittämätön keskimäärin joka toisessa työvuorossa, mikä vaikutti hoidon laatuun. Hoitoisuusluokitusmittari pysyi erottelemaan potilaat heidän vaatimansa hoitotyön määrän mukaan eri hoitoisuusluokkiin. Partasen (2002) väitöskirjan mukaan hoitohenkilökunnan tarpeeseen vaikuttavia muuttujia kuvaavia tunnuslukuja tulisi kehittää. Näitä tunnuslukuja ovat esimerkiksi potilasvaihtoa kuvaava tunnusluku sekä sairaansijojen bruttokuormitusaste.

Luotettava mittaaminen edellyttää, että käytettävissä oleva mittari on luotettava. Mittaamisessa pyritään luotettavaan ja todenmukaiseen kuvaan mitattavasta kohteesta. Validiteetti tarkoittaa, että mitataan sitä, mitä on tarkoitus mitata. Validiutta mittaamisessa voi tarkastella kolmesta näkökulmasta, joita ovat mittarin sisällön kattavuus ja edustavuus, rakenteen validius ja kriteerivaliditeetti. Hoitoisuusluokitus perustuu aina näkemykseen potilaasta, hoitotyön tarpeesta ja hoitotyöstä. Ennen luokituksen kehittämistä ja käyttöönottoa on pohdittava millaisiin arvoihin, periaatteisiin ja tietoperustaan luokitus perustuu. (Kanerva 2004, 13; Kaustinen 1995, 22; Kaustinen & Hentinen 1998, 22; Lonkila 2006, 22.)

Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin johdonmukaisuutta toistettaessa tietyn ilmiön tai ominaisuuden mittauksia. Mittauksen tuloksena tulisi saada tarkkoja, ei-sattumanvaraisia tuloksia. Hoitoisuustiedoille olennaisen tärkeät ominaisuudet, laatu ja täsmällisyys, ovat riippuvaisia luokitusjärjestelmän reliaabeliudesta (Kaustinen 1995, 25).

3.4 RAFAELATM hoitoisuusluokitus

RAFAELATM -järjestelmä on Suomen Kuntaliiton omistama ja FCG Konsultointi Oy:n hallinnoima hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jonka sisältämien mittareiden avulla voidaan määrittää kunkin potilaan toteutunut hoitotyön määrä.

RAFAELATM -järjestelmä on valtakunnallisesti vertailtava hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jonka avulla kerätään systemaattisesti ja yhdenmukaisesti tietoa potilaiden hoitoisuudesta. Hoitoisuusluokitusmittareita on kehitetty erilaisiin hoitotyön

ympäristöihin. Somaattisilla vuodeosastoilla käytetään OPCq -mittaria ja poliklinikoilla POLIHOIq -mittaria. Edellä mainitut mittarit perustuvat Oulu Patient Classification -mittariin. Psykiatrisilla vuodeosastoilla käytetään PPCq (Pitkäniemi Patient Classification) -mittaria. Sätehoitoyksiköt voivat käyttää Oulun yliopistollisessa sairaalassa kehitettyä SÄDEHOIq -mittaria ja perioperatiiviseen hoitotyöhön on kehitetty PERIHOIq -mittari. Kehitysvammatyölle on myös oma mittarinsa. RAFAELA™ -järjestelmää käytetään Suomessa yli 850 yksikössä, käyttäjäorganisaatioita on lähes kolmekymmentä. (Fagerström & Rauhala 2003, 12; FCG 2013/a; HoiData- hanke 2009, 7; Partanen 2002, 33.) Tämän kehittämishankkeeni akuuttiosastolla ja kotisairaalassa potilaiden hoitoisuusluokittelutieto saadaan OPCq-hoitoisuusluokitusmittarista.

Oulu-hoitoisuusluokitusmittari (OHL), josta käytetään myös nimeä OPCq-mittari (OPC=Oulu Patient Classification) on kehitetty vuosina 1991- 1994 Oulun yliopistollisessa sairaalassa potilaiden hoidon tarpeen määrittämiseksi. Tämän yhte-näisen luokitusohjeen lähtökohtana on, että kaikilla erikoisaloilla voidaan käyttää samaa ohjetta potilaiden hoitoisuuden luokitteluun. Mittarin lähtökohtana oli kanadalainen HSSG (Hospital system Study Group) -hoitoisuusluokitusmittari, jota kehitettiin Oulussa Roper, Logan ja Tierney`n mallin pohjalta. OPCq-mittaria kehitettiin edelleen Vaasan keskussairaalassa ja otettiin pilottiluonteisesti käyttöön vuonna 1994 sekä luotiin RAFAELA™-järjestelmä.(Fagerström & Rauhala 2003,10; Partanen 2002, 32- 33; Rauhala 2008, 37.)

Kehittämishankkeeni kohteena olevissa yksiköissä potilaiden hoitoisuus arvioidaan kerran vuorokaudessa iltapäivällä edeltävän vuorokauden hoitotyön kirjauksista. OPCq- mittari sisältää kuusi tarvealuetta:

1. Hoidon suunnittelu ja koordinointi
2. Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet
3. Ravinto ja lääkehoito
4. Hygienia ja eritystoiminta
5. Aktiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo
6. Hoidon/jatkohoidon opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki

Kuvio 1. OPCq –mittarin hoitotyön osa-alueet (Fagerström & Rauhala 2003, 13.)

Jokainen tarvealue jakaantuu vaativuustasoihin A, B, C ja D. Vaativuustasoja kuvaa esimerkiksi eri apusanat eri tasolle, joista vaativuustasoa A kuvaa väliaikainen, vaativuustasoa B ajoittainen, vaativuustasoa C toistuva ja vaativuustasoa D jatkuva avun tarve. Vaativuustasot pisteytetään jokaisella osa-alueella ja pisteet lasketaan yhteen, jolloin saadaan potilaan hoitoisuutta kuvaava hoitoisuusluokka. Hoitoisuusluokista luokka I merkitsee vähäistä hoidon tarvetta, luokka II keskimääräistä hoidon tarvetta, luokka III keskimääräistä suurempaa hoidon tarvetta, luokka IV suurta hoidon tarvetta ja luokka V intensiivisen hoidon tarvetta. (Fagerström & Rauhala.2003, 13; FCG 2013/a; Kaustinen 2011, 57.)

RAFAELA™ hoitoisuusluokitusjärjestelmän ensisijainen tarkoitus on luokituksesta saadun tiedon perusteella pystyä suunnittelemaan henkilöstötarve potilaiden muuttuvien hoidon tarpeiden mukaan. Tavoitteena on hoidon laadun, oman työn arvioinnin ja hoitotyön dokumentoinnin kehittäminen sekä ”näkyvän hoidon” näkyväksi saaminen potilaan hoidon tarpeen mukaan riippumatta lääketieteellisestä diagnoosista. (Fagerström & Rauhala 2003, 12-13.)

RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmään kuuluu kolme tiedon keruu järjestelmää. Näitä ovat hoitotyöntekijöiden kirjaus kerran vuorokaudessa OPCq- mittarin avulla potilaan hoitoisuudesta, erikseen määritellyn henkilön (yleensä esimies) tekemä työvuorokohtainen henkilöstöresurssikirjaus tietojärjestelmään sekä näiden lisäksi tehtävä interventiotutkimus PAONCIL (= Professional Assessment of Optimal Care Intensity Level) -mittarin avulla. (Fagerström & Rauhala 2003, 12.)

RAFAELA™- järjestelmästä saadaan tieto hoitotyön hoitajaresursseista eli hoitajan keskimääräisestä työn määrästä päivää kohden. PAONCIL- mittarin avulla määritellään optimaalinen hoitoisuus. RAFAELA™- järjestelmän rakennetta ja OPC- ja PAONCIL- ohjeiden sisältöä luonnehtii holistinen ihmisenäkemyks. Jokaiselle yksikölle määritellään PAONCIL -menetelmällä optimaalisen hoitoisuuden taso, joka perustuu hoitotyöntekijöiden ammatilliseen arvioon työn kuormittavuudesta ja hyvän hoidon laatutason toteutumisesta. Yksikön optimaalinen hoitoisuuden taso yhdistettynä yksikön hoitoisuus hoitajaa kohden -tietoon tuottaa tiedon

yksikön optimaalisen resurssoinnin tasosta. (Fagerström & Rauhala 2003, 12; FCG 2013/b; Partanen 2002, 33.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla määritellään osastolle optimaalinen hoitoisuus taso hoitajaa kohden PAONCIL RAFAELA™ -järjestelmässä. (Fagerström & Rauhala 2003, 7.) PAONCIL-mittari tehtiin OPCq- ja POLIHOIq -hoitoisuusluokitusmittarien rinnalle, sillä hoitoisuusluokitusta ei yksinään voi käyttää henkilöstösuunnitteluun. PAONCIL – mittarilla arvioidaan potilaiden hoidon tarpeita ja työkuormitusta. Menetelmä perustuu esimiesten luottamukseen hoitajien asiantuntijuudesta, kun he arvioivat potilaiden hoidon tarpeita ja työkuormitusta. PAONCIL - menetelmän avulla etsitään yksikön optimaalinen hoitoisuus taso, joka ilmaistaan ”hoitoisuus per hoitaja ” – tunnusluvulla. Optimaalinen hoitoisuus on hoidon taso, josta jokainen yksikössä työskentelevä hoitaja voi suoriutua ilman, että yksikölle määritelty hyvän hoidon laatutaso kärsii. (Fagerström & Rauhala 2003, 12,14.) Optimaalinen hyvä hoito tulee erottaa potilaan ideaalisesta hoidosta, johon harvassa yksikössä on riittävät resurssit. Optimaalisen hoitoisuuden taso määritellään PAONCIL – mittarilla yhden-kahden kuukauden kestävä aineistopöiminnan avulla. (Rauhala 2008, 69.) PAONCIL uusitaan yksiköissä kahden vuoden välein tai jos toiminta ratkaisevasti yksiköissä muuttuu. (Fagerström & Rauhala 2003, 12.)

PAONCIL-mittarissa hoitaja arvioi optimaalista hoitoisuutta jokaisessa työvuorossaan ennalta määritellyn ajanjakson saaden kokonaisarvioinnin hoitamiensa potilaiden hoitoisuudesta ja hoidon toteutumisesta janallisella asteikolla -3 - +3. Hoitaja merkitsee janalle 0,25 yksikön tarkkuudella oman kokemuksen hoitotyön kuormittavuudesta jokaisesta työvuorostaan. Lomakkeeseen voidaan merkitä työvuorossa esiintyneitä muita kuormittavia tekijöitä esimerkiksi ristiriitatilanteet, esimiestyöskentely tai opiskelijaohjaus. Hoitoisuus hoitajaa kohti saadaan, kun järjestelmään on syötetty työvuorottainen välittömään hoitoon käytetty resurssi. Seitsemänluokkaisessa mittarissa nollassa on optimi, +1 - +3 on tilanne, jolloin hoitajat joutuvat priorisoimaan enemmän. Tällöin työmäärä on suurempi verrattuna henkilöstömäärään. Nollatasolla potilaat saavat kokonaisuudessaan hyvää hoitoa niin fyysisesti kuin psyykkisesti ja potilaiden hoidon tarpeet ovat tasapainossa

suhteessa henkilöstön määrään. (Fagerholm 2007, 27; Fagerström, Rainio, Rauha & Nojonen 2000, 100; Lonkila 2006, 21.)

RAFAELA™ – hoitoisuusluokitusjärjestelmän tavoite on, että potilaiden tarpeet ovat tasapainossa henkilöstöresurssien kanssa. Henkilöstöresurssien kohdentaminen antaa hoitajille realistiset mahdollisuudet toteuttaa hyvää hoitoa. (Lonkila 2006, 21.)

3.5 Osallistava johtaminen hoitotyössä

Osallistavassa johtamisessa hoitotyöntekijät pääsevät mukaan kehitystoimintaan, jossa he voivat käyttää ammattitaitoaan ja osaamistaan sekä tulla arvostetuiksi ihmisinä ja hoitotyöntekijöinä. Osallistavassa esimiestyössä käsitellään yhdessä ongelmia eikä hoitotyön esimies anna valmiita vastauksia ongelmiin. Ongelmien käsittelyssä pohditaan ongelmia kysymyksien kautta. Hoitotyöntekijä toimii todennäköisesti sovitulla tavalla ja innostuneemmin, kun on saanut itse vaikuttaa työhönsä. (Juuti & Rovio 2010, 42.)

Johtamisella ja esimiestyöllä voidaan vaikuttaa siihen, millainen työympäristö on ja millaiset ovat resurssit. Niillä on siis tärkeä rooli hoitotyöntekijöiden jaksamisen tukena. (Haapakorpi & Haapola 2008, 82–93.) Sairaaloissa ja hoitolaitoksissa, joissa hoidon laatu on parempaa, on yleensä hyvät hoidon prosessit. Johtamisen malleilla ja hyvän hoidon laatuun liittyvillä prosesseilla on yhteys. Huonon johtamisen on todettu olevan yhteydessä alhaiseen työmoraaliin ja huonoon hoidon laatuun. (Pekkarinen 2007, 25.)

Henkilöstön kehittämisessä on nykyisin osallistava ja innostava ote. Hoitotyön johtajiksi halutaan ihmisiä, jotka ottavat hoitotyöntekijät mukaan keskusteluun ja joilla on intohimoa ja kykyä luoda hyvä työilmapiiri. Muuttuva ympäristö ja organisaation pyrkimys vastata joustavasti muuttuviin oloihin, on kuitenkin viemässä pohjaa pois yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden väliseltä liitolta. (Juuti & Rovio 2010, 18.)

Jatkuvasti muuttuva ympäristö vaatii entistä enemmän vahvempaa johtamista. Keskusteleva johtaminen on vaativa taito, sillä se edellyttää organisaation varsinaisen toiminnan hallitsemista. Johtajan hyvät vuorovaikutustaidot sekä käyttäytymistieteelliset taidot tukevat keskustelevaa johtamistapaa. Organisaation toiminnalliset taidot kehittyvät organisaation eri tehtävissä toimimisen kautta. Käyttäytymistieteelliset taidot tulevat esille ryhmä- ja organisaatiodynamiikan hallitsemisena. (Juuti & Rovio 2010, 51.)

Johtaminen on hoitotyön esimiesten ja johdettavana olevien hoitotyöntekijöiden yhteinen tuotos. Johtaminen muodostuu siinä prosessissa, jossa ryhmän hoitotyön esimies ja ryhmään kuuluvat hoitotyöntekijät suorittavat työhönsä liittyviä toimia. Toimien tarkoitus on palvella ulkoisia ja sisäisiä asiakkaita ja potilaita. (Juuti & Rovio 2010, 43.)

Hoitotyön esimiehen on oltava hyvä kommunikoimaan. Johtaminen on vuorovaikutusta ja hoitotyön esimiehen on oltava vuorovaikutuksen ekspertti kaikilla tasoilla. Yksilöiden johtamisessa on muistettava, että kommunikointi on puhumista, mutta myös aktiivista kuuntelua. Yksilöiden johtamisessa hoitotyön esimies vaikuttaa yksilöön tai ryhmään, jotta yhteinen tavoite saavutettaisiin mahdollisimman tehokkaasti. Hoitotyön esimiehen on tunnettava hyvin jokainen hoitotyöntekijänsä ja osattava johtaa heitä yksilöllisesti. On osattava ottaa huomioon hoitotyöntekijänsä osaaminen, motivaatio, itsenäisyys, ja sitoutuminen, jotka kuvaavat hoitotyöntekijän valmiustasoa eri tehtävissä. Perinteinen johtaminen noudattaa kolmen k:n johtamista, jossa hyvä johtaja osaa käskää, kontrolloida ja korjata. Tämän päivän johtamistapa on enemmän kolmen i:n johtamista, jossa hyvä johtaja osaa innostua, innostaa ja innovoida. (Sydänmaanlakka 2012, 36–39.)

Jokaisella on oikeus hyvään johtamiseen ja tiedetään, että hyvä johtaminen on kaikkien etu. Suurella osalla ihmisistä on selkeä kuva siitä, että millaista on hyvä johtaminen. Näkemys hyvästä johtamisesta ei ole vuosikymmenten saatossa juurikaan muuttunut, vaikka johtamista on pyritty systemaattisesti kehittämään monin tavoin. Johtamisen kehityskulku ei varmasti olisi mahdollista ilman yhteiskunnallisten yleisten arvojen muuttumista, mitkä ovat muuttuneet kohden entistä yksilöllisempiä ja kaupallisia arvoja. (Juuti & Rovio 2010, 11, 13.)

Simosen ja Kaunosen (2006, 230 - 231) tutkimuksen tulos osoitti hoitotyön linjauksien heikon yhteyden hoitotyöntekijöiden jaksamiseen ja työhyvinvointiin. Tutkimuksen mukaan hoitotyön johtamisen suunnittelun on oltava laaja-alaista ja moniammatillista toimintaa, jonka tulee näkyä myös tulokorttia laadittaessa.

Marja Mikkelsen toteaa (2011, 15 - 17) artikkelissaan, että asiat muuttuvat hitaasti. Kaikki asiat tulee valmistella ja muuttaa kansankielelle ja tarvittaessa teollisesta tutkimuksesta saatu tieto pitää muuttaa euroiksi silloin, kun perustellaan toiminnan muutosta tai uusia toimintatapoja toiminnan toteutukseen ja johtamiseen.

Hoitotyön esimiehiä tarvitaan oman organisaationsa kehittämiseen luovalla ja osallistavalla tavalla yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa. Hoitotyön esimiehellä on monenlaisia rooleja ajatellen keskittykö hoitotyön esimies johdon vai johdettaviensa suuntaan. Johdon suuntaan toimiessaan hoitotyön esimies tuo esille palautetta eri toimintatapojen toteutettavuudesta ja toteutumisesta. Toimiessaan työntekijöiden suuntaan esimies toimii tavoitteiden toimeenpanijan suuntaan kannustaen hoitotyöntekijöitä kokeilemaan uusia toimintatapoja strategian tai päämäärän toteuttamisessa ja rohkaisten henkilöstöä keskustelemaan avoimesti kaikissa tilanteissa ja luomalla tilanteita, joissa hoitotyöntekijän ääni pääsee kuuluviin. Luonteeltaan tämä toiminta on osallistamista ja vaikuttamista kehittämistyön ympärillä. (Karkulehto & Sipponen 2010, 60.)

Hoitotyöntekijöiden toimintaa eivät ohjaa niinkään säännöt ja ohjeet vaan se, miten he ymmärtävät nämä säännöt ja ohjeet suhteessa omaan tilanteeseensa. Mitä enemmän hoitotyöntekijällä on vapausasteita, sitä tärkeämpää on, että hän ymmärtää tehtävänsä merkityksen suhteessa koko yksikön toimintaan. Ja mitä enemmän hoitotyöntekijällä on ymmärrystä tehtävästä ja sen merkityksestä, sitä paremmin hän voi soveltaa tietojaan ja taitojaan päivittäisessä hoitotyössä. Tämän ymmärryksen tai vision välittäminen organisaatioon onkin yksi strategisen johtajuuden ydin. Kehittymiselle on luotava edellytykset järjestämällä työprosessit ja työolosuhteet oppimista ja vuorovaikutusta tukeviksi. Organisaatioiden kyky luoda,

hankkia ja siirtää osaamista sekä muuttaa toimintaansa uuden tiedon ja näkemyksen mukaan on tullut tärkeämmäksi. (Valtiovarainministeriö 2001, 8.)

Yksiköiden johdon tehtävänä on vastata hoidon – ja palveluiden laadusta. Johtamistapa ja – tyyli vaikuttavat suoraan hoidon ja palveluiden laatuun. Esimiehellä on mahdollisuus vaikuttaa työyhteisön ilmapiiriin ja henkilöstön hyvinvointiin ja työssä viihtymiseen monin eri tavoin. Esimies voi esimerkiksi tarjota mahdollisuuksia työssä oppimiselle ja työyhteisön kehittämiseksi. Avoimen ja rehellisen kommunikaation ja ilmapiirin luominen on yksi hoitotyön esimiehen tärkeistä tehtävistä. Oikeudenmukaisella esimiestyöllä vaikutetaan muun muassa hoitotyöntekijöiden sitoutumiseen, motivaatioon ja työssä viihtymiseen. (Sinervo 2007, 49.)

Aarvan tutkimuksen mukaan hoitotyön johtamistehtävistä tärkeinä pidettiin henkilöstöhallinnon, suunnittelun ja seurannan osaamista sekä työn johtamista ja ohjaamista. Hoitotyön johtamisessa korostuu ohjaaminen ja rakenteet. Hoitotyön esimiehen keskeisimpänä tehtävänä pidetään henkilöstöhallintoa. Suunnittelu, seuranta, johtaminen ja ohjaaminen kuuluvat päivittäiseen työhön. Johtamisen keskeisinä periaatteina ovat arvot ja osaamisen johtaminen. Tutkimuksen mukaan esiin nousevat myös yhteistyö hoitotyöntekijöiden kanssa omassa yksikössä ja yhteistyö yksikön ulkopuolisten toimijoiden kanssa sekä asiakaslähtöisyys. (Aarva 2009, 193–194.)

4 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN TOIMINTATUTKIMUKSENA

Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa aineisto kerättiin teema-haastatteluilla hoitotyöntekijöistä koostuvista työryhmistä. Tässä kappaleessa esitellään toimintatutkimuksen teoriaa ja käytäntöä, laadullista aineistonkeruuta sekä osallistavaa johtamista toiminnan tukena

4.1 Toimintatutkimus kehittämishankkeen lähestymistapana

Toimintatutkimus on tutkimussuunta, jossa tutkimuksen lähtökohtana on jokin käytännön ongelma tai kehityshaaste. (Kuula 1999, 10–11) Toimintatutkimukseen liittyy sekä kehittäminen että osallistaminen. Kaikki yhteisön jäsenet ovat aktiivisia osallistujia ja vaikuttajia muutos- ja tutkimusprosesseissa. Toimintatutkimus on lähestymistapa, jossa toimijat lisäävät ymmärrystään käytännöistä ja kehittävät käytäntöjään sosiaalisessa kontekstissa. (Robson 2002, 39 - 40.)

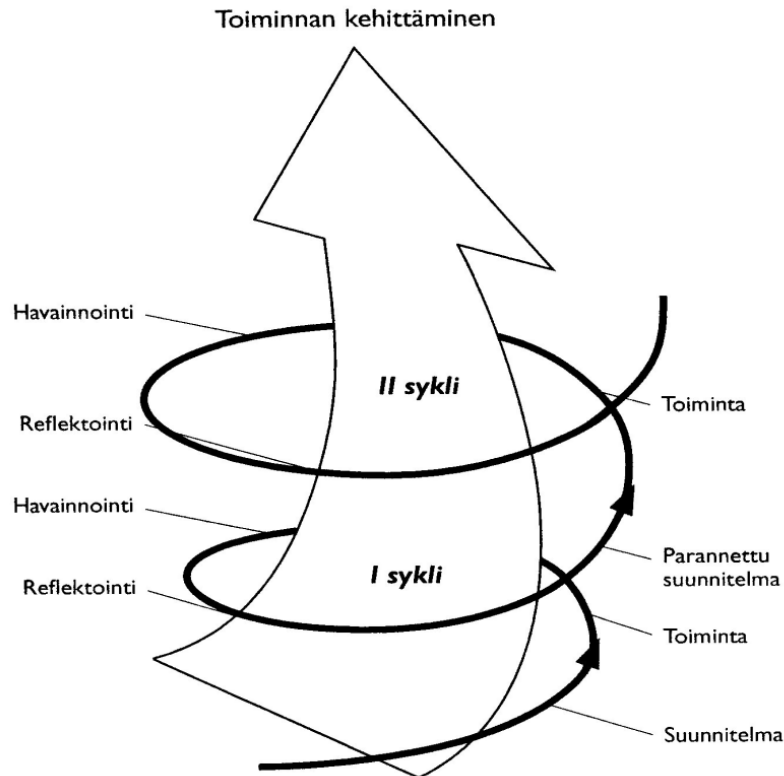
Toimintatutkimus etenee yleisesti ottaen niin, että aluksi kartoitetaan vallitseva lähtötilanne ja siinä esiintyvät ratkaisua vaativat ongelmat. Tämän jälkeen muotoillaan yhdessä kohteen toimijoiden kanssa uusi toimintatapa, jota kokeillaan käytännössä joko suppeasti tai laajasti. (Kuula 1999, 85.)

Toimintatutkimuksen käsitteen (action research) otti käyttöön John Collier, joka 1940-luvulla kirjoitti intiaanireservaateissa tehdyistä kokeiluista maanviljelystaitojen kehittämiseksi. Toimintatutkimuksen kehittäjinä mainitaan kuitenkin amerikkalainen pedagogi John Dewey (1859–1952) ja sosiaalipsykologi Kurt Lewin (1890–1947), jota pidetään toimintatutkimuksen teoreettisena isänä. Dewey korosti useissa kirjoituksissaan teorian ja käytännön yhteyttä toisiinsa ja pohti reflektiivistä ajattelua toiminnan perustana, mikä onkin toimintatutkimuksen keskeinen ajattelutapa. (Heikkinen 2010, 217; Kananen 2009,15; Metsämuuronen 2008, 30.)

Toimintatutkimus muodostuu joukosta tutkimusmenetelmiä, joilla tiettyä ilmiötä tarkastellaan. Tämän vuoksi voitaisiin tutkimusmenetelmän sijaan puhua pikemminkin tutkimusstrategisesta lähestymistavasta, jonka avulla pyritään ratkaise-

maan erilaisia käytännön ongelmia, parantamaan sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä syvällisemmin. Toimintatutkimus on sekoitus muita tutkimusmenetelmiä, jossa tiedonkeruu- ja analyysimenetelminä voidaan käyttää sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä. Toimintatutkimukseen liittyvät oleellisesti toiminnan kehittäminen ja sen tuoma muutos. Se on tilanteeseen sidottua, yhteistoimintaa vaativaa, osallistuvaa ja itseään tarkkailevaa tutkimusta. (Heikkinen 2010, 214; Metsämuuronen 2008, 29; Kuula 1999, 218–219.)

Toimintatutkimus kuvataan yleensä spiraalimaisena, sykleittäin etenevänä prosessina (Kuvio 2). Syklit muodostuvat suunnittelu-, toiminta- havainnointi- ja reflektointivaiheista. Syklistä toiseen jatkuva prosessi tähtää jatkuvaan muutokseen ja toiminnan kehittämiseen. Toimintatutkimus on enemmän kuin perinteinen kvalitatiivinen tutkimus, sillä toimintatutkimuksessa on aina tavoitteena muutos. Voidaan sanoa, että toimintatutkimus jatkaa siitä, mihin laadullinen tutkimus loppuu. Perinteinen laadullinen tutkimus ei pyri vaikuttamaan toimintaan, vaan jää yleensä ilmiön kuvailun tasolle. Toimintatutkimuksessa pyritään kehittämistoiminnan kautta ongelman ratkaisuun ja sen kautta tavoitteelliseen muutokseen. (Robson 2002, 217; Kananen 2009, 11–23.)



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen spiraali (Heikkinen 2010, 211).

Toimintatutkimuksen tavoitteena on muuttaa paremmaksi kohteena olevaa käytäntöä, osallistujien ymmärrystä tästä käytännöstä ja tilannetta, jossa toimitaan. Osallistuminen ja muutos liitetään yhteen olettaen, että muutos alkaa ja jatkuu osallistumisella yhteiseen toimintaan. Lähtökohtana on ajatus, että oman työn ymmärtäminen ja kehittäminen voi käynnistyä vain alkamalla reflektoida, pohdiskella omia käytännön kokemuksia. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1995, 35.)

Toimintatutkimuksen avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia. Tutkija toimii itse tutkimassaan käytännön toiminnassa osallistaen muun yhteisön mukaan toimintaan. Sen tavoitteena on vastata johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai muuttaa olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi, parantaa sosiaalisia käytäntöjä ja ymmärtämään niitä entistä syvällisemmin. (Metsämuuronen 2008, 28.)

Toimintatutkimuksen toimijoita ovat tutkija ja tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön kuuluvat ihmiset. Toimintatutkimuksen keskeisimpiä erityispiirteitä on, että tutkittavat eivät ole passiivisina kohteina, vaan aktiivisina osallistujina tutkimus- ja muutosprosessissa. Perusideana on, että tiedonantajat valitaan niistä intressi- eli ns. sidosryhmistä, joita asia koskee. Tämän tyyppisen tutkimuksen toteuttaminen vaatii toimijoilta enemmän kuin tavallinen tutkimus. Toimintatutkimuksen onnistuminen edellyttää toimijoilta aktiivisuutta ja sosiaalisia taitoja. Onnistumisen edellytyksenä on asioiden ja ratkaisumallien löytyminen ilmiön toimijoiden kautta. (Kananen 2009, 43–51; Kuula 1999, 218.)

Toiminta on luottamuksellisten suhteiden rakentamista osallistujiin, koska tutkijan työhön liittyy osallistujien työn ja mielipiteiden analysointia. Jos tutkija ei saavuta luottamusta tai kykene pitämään sitä yllä, saattaa aineiston kerääminen vaikeutua tai käydä jopa mahdottomiksi. Toimintatutkimus on tietoista tasapainottelua osallistumisen ja vetäytymisen välillä. Tutkijan tehtävänä on kannustaa osallistumaan työn kehittämiseen, mutta hän itse on myös subjektiivinen kanssaeläjä ja kokija. Osallistuminen edellyttää tutkijan ja tutkittavien läheistä yhteistyötä ja asiantuntemuksen jakamista. Aluksi on tärkeää keskustella osapuolten odotuksista ja sopia selkeät pelisäännöt. Jaettu asiantuntijuus vaatii osallistujilta aktiivisuutta ja vapaaehtoista osallistumista. (Huovinen & Rovio 2008, 101–102.) Osallistamalla eri sidosryhmät varmistetaan eri näkökulmien, tarpeiden ja intressien monipuolinen huomioiminen kehittämishankkeessa (Toikko & Rantanen 2009, 90).

4.2 Laadullinen aineistonkeruu

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelua pidetään päämenetelmänä aineiston keräämisessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 194.) Haastattelu eroaa tavanomaisesta keskustelusta olemalla ennalta suunniteltu vuorovaikutustilanne, joka tarkoituksena on tiedon kerääminen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 42–43.) Haastattelu on joustava tiedonkeruu menetelmä, jossa mahdolliset väärinkäsitykset voidaan oikaista ja tarvittaessa kysymykset voidaan toistaa ja uudelleen muotoilla. Tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta, jolloin on oleellista, että haastateltavilla on jonkinlainen ennakkotieto aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 73.)

Esihaastattelun avulla voidaan työstää esimerkiksi teema-alueita, sanavalintoja tai apukysymyksiä, jotka tässä kehittämishankkeessa annettiin tiimivastaavien arvioitavaksi tapaamisissa. Tämän jälkeen voidaan laatia lopullinen haastattelurunko. Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunkoa, ja sen avulla voidaan arvioida haastattelun keskimääräinen kesto-aika. (Bell 2006, 159.)

Ryhmähaastattelua voidaan pitää tehokkaana tiedonkeruumenetelmänä, koska siinä saadaan tietoa useammalta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmähaastattelun hyvänä puolena on, että ryhmä voi auttaa muistinvaraisissa asioissa tai väärinymmärrysten korjaamisessa myös jälkikäteen. Toisaalta ryhmä voi estää joidenkin ryhmän jäsenten kannalta kielteisen asian esiin tulon. Ryhmässä puhuminen voi jollekin myös olla helpompaa kuin kahden kesken haastattelijan kanssa ollessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 205–206.)

Ryhmähaastattelussa haastattelijan tehtävänä on keskustelun aikaan saaminen ja huolehtia siitä, että keskustelu pysyy valitussa tai valituissa teemoissa. Teema-haastattelun lähtökohtana ovat hyvin avoimet kysymykset. Haastattelu on niin sanotusti puolistrukturoitu eli haastattelu kohdennetaan valittuihin teemoihin tai teemaan, joista keskustellaan ja esitetään tarkentavia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48; Tuomi & Sarajärvi 2012, 75.)

Ihanteellinen haastattelu lähentelee tavanomaista keskustelua jolla on jokin ennalta määrätty tarkoitus, eikä asia rönsyile tietyn aihepiirin ulkopuolelle. Haastattelijan ja haastateltavan välillä on sekä kielellistä että ei-kielellistä kommunikaatiota. Tutkimushaastattelun tarkoituksena ei niinkään ole löytää ratkaisua johonkin tiettyyn ongelmaan, vaan se tähtää lähinnä systemaattiseen tiedonhankintaan. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 103) Haastatteli- ja ei haastateltavan välillä on sekä kielellistä että ei-kielellistä kommunikaatiota. Haastattelijan ja haastateltavan välillä on sekä kielellistä että ei-kielellistä kommunikaatiota. Tutkimushaastattelun tarkoituksena ei niinkään ole löytää ratkaisua johonkin tiettyyn ongelmaan, vaan se tähtää lähinnä systemaattiseen tiedonhankintaan. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 103) Haastatteli- ja ei haastateltavan välillä on sekä kielellistä että ei-kielellistä kommunikaatiota. Haastattelijan ja haastateltavan välillä on sekä kielellistä että ei-kielellistä kommunikaatiota. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 102 – 103.)

Haastattelijalla on haastattelutilanteessa apunaan tukilista käsiteltävistä aihealueista. Hänellä ei kuitenkaan ole valmiita kysymyksiä, vaan hän muotoilee ne tutki-

mustilanteessa. Haastattelun etenemiseen vaikuttaa pitkälti myös haastateltavien omat kokemukset käsiteltävästä teemasta. (Eskola & Vastamäki 2001, 27.)

Oikeanlainen paikka on haastattelun onnistumisen kannalta tärkeä tekijä. Haastattelupaikan on oltava rauhallinen eikä ympäristössä saisi olla muita virikkeitä tai häiriötekijöitä. Haastateltavien tulee keskittyä vain keskusteluun haastattelijan kanssa. Tilaa valittaessa on otettava huomioon myös haastateltavien mukavuus. Haastateltavat eivät välttämättä päästä tutkijaa ”lähelle” hänelle oudossa paikassa. (Eskola & Vastamäki 2001, 27 – 28.)

Laadullisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmä on aina johdannainen tutkimusongelmasta. Tutkimusmateriaalina laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää dokumentteja, jotka voivat tarkoittaa sekä kirjallista aineistoa, kuvamateriaalia että video- ja äänitallenteita. Yksityisiä dokumentteja ovat esimerkiksi päiväkirjat. (Kananen 2008, 81–82.)

Kananen (2008, 81–82) kirjoittaa, että laadullisessa tutkimuksessa aineisto on yleensä tekstimuodossa, joka voi olla tutkimusta varten tai muuhun tarkoitukseen tuotettua tekstiä. Mikäli aineistona käytetään vaikkapa yleisönosastonkirjoituksia, mainoksia tai kouluajan essee-kirjoituksia, on aineisto syntynyt tutkijasta riippumatta. Kananen (2008, 82) muistuttaa, että kirjallisen materiaalin tuottaja on myös tietoinen aina siitä, että teksti jää konkreettisesti elämään.

Teemahaastatteluilla saadaan yleensä runsaasti aineistoa, mutta kaikkea ei tarvitse analysoida. Analysointitapaa on hyvä miettiä jo haastatteluvaiheessa ja pitää ohjenuorana haastatteluja tehtäessä. Vastausten analysointi on hyvä aloittaa mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, kun haastattelut ovat vielä tuoreessa muistissa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135 – 136.)

Haastatteluaineiston purkamisessa voidaan käyttää kahta tapaa: aineisto litteroidaan tai aineistosta tehdään päätelmiä suoraan tallenteelta. Aineiston analysoinnin tarkkuuden määrittää pääsääntöisesti tutkimusaihe. Aineiston purkaminen tietokoneelle tai paperille on välttämätöntä aineiston myöhemmän käsittelyn kannalta. Sanasta sanaan kirjoittaminen on aikaa vievää. Tutkijan tulisikin huomioida tämä

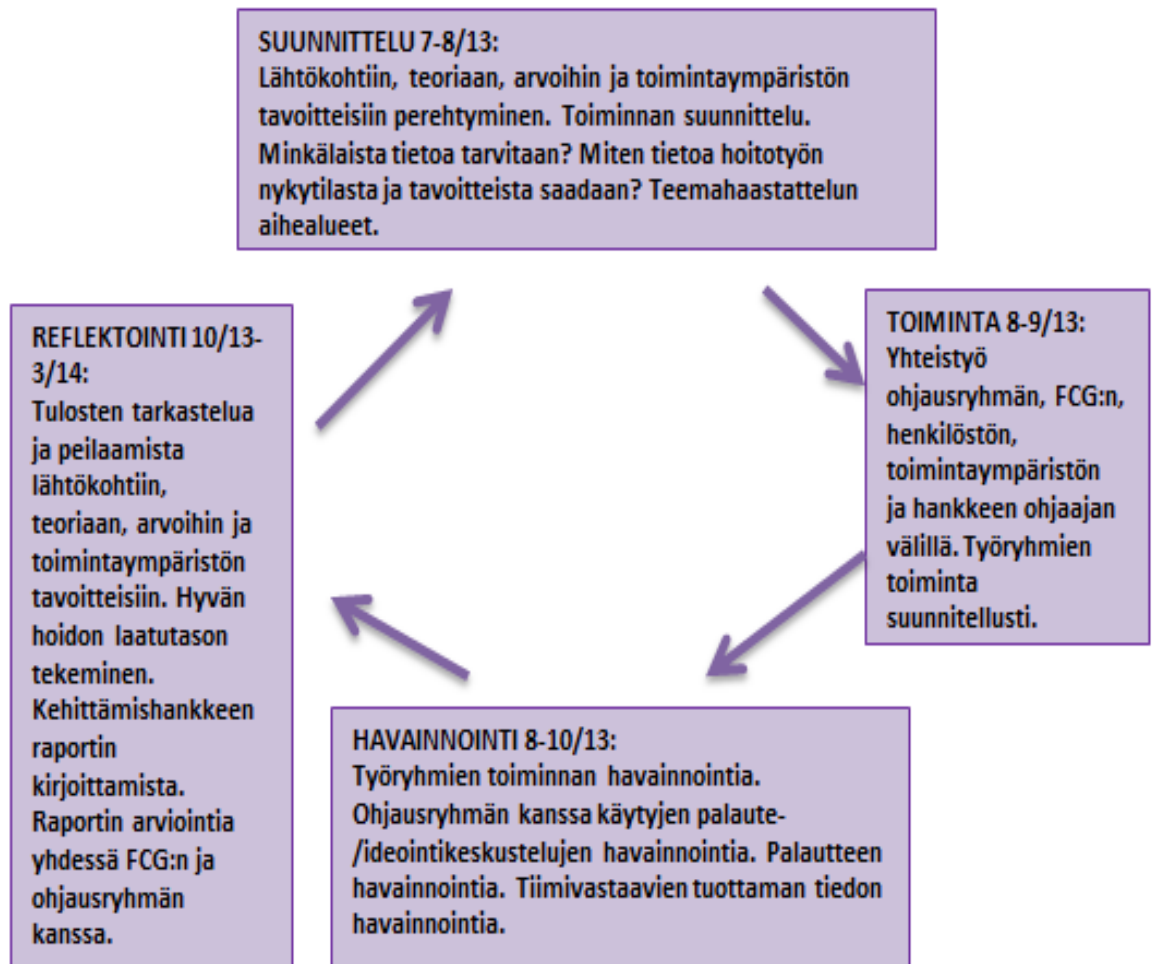
vaihe tutkimuksessaan: tunnin mittaisen haastattelun purkamiseen saattaa mennä aikaa neljästä kuuteen tuntia. Tulisi muistaa merkitä vastauksiin haastateltavien ryhmien tunnistetiedot, jotta oikeat tiedot saadaan oikean teema-alueen alle esimerkiksi luomalla jokaiselle teema-alueelle oma tiedosto ja kirjoittaa jokaisen teema-alueen vastaukset eri sivuille. Jos tutkija on itse tehnyt haastattelut, hän on myös aineiston paras jatkokäsittelijä sillä hän tuntee aineiston parhaiten. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138 – 142)

Analyysin ensimmäisenä vaiheena voidaan pitää jo haastattelua. Tutkijan tehdessä haastatteluja itse, hän voi huomata jonkin ilmiön toistuvuuden haastateltavien vastauksissa ja tarkentaa niitä lisäkysymyksin. Analyysin toinen vaihe tapahtuu ”lähellä” aineistonkeruuvaihetta. Kvalitatiivinen tutkimus eroaa kvantitatiivisesta tutkimuksesta tässä kohdassa siinä, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen sanallinen muoto voi säilyä loppuun asti jopa alkuperäisessä muodossaan. Kolmannessa analyysivaiheessa tutkija käyttää päättelykykyään aineiston analysointiin. Neljänneksi voidaan todeta, että haastattelututkimuksen analysointiin ei ole olemassa standardoituja tekniikoita, vaan tutkijan on edettävä analysoinnissa parhaaksi katsomallaan tavalla. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 136.)

Tutkimusaineiston kuvailu on perusta analyysille. Aineistoa kuvailtaessa ei tule kiinnittää huomiota jokaiseen aineiston yksityiskohtaan, vaan tutkijan tulee miettiä mikä aineistossa on tutkimuksen kannalta tärkeää ja mikä ei. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 145 – 146.)

4.3 Kehittämishankkeen toteuttaminen

Kehittämishanke toteutettiin kesän ja syksyn aikana vuonna 2013 Järvenpään terveyskeskussairaalan akuuttiosastolla ja kotisairaalassa. Kehittämishanke muodostui neljästä osasta, jotka olivat Hyvän hoidon laatutason lähtötilanteen kartoitus teoriaan ja kohdeorganisaation arvoihin, tavoitteisiin ja toimintaan pohjautuen, osallistavan johtamisen kautta yhteistyössä toteuttaminen, laatutason luominen sekä laatutason jalkauttaminen ja kehittämistyön tuloksena tulleen laatutason vaikutusten ja hankkeen reflektointi. Kehittämishanke valmistui toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin jälkeen (kuvio 2 luvussa 4.1). Kehittämishankkeen vaiheet on kuvattu tarkemmin kuviossa 3.



Kuvio 3. Toimintatutkimuksen toteutuminen Hyvän hoidon laatutason kehittämissankkeessa

Teemahaastattelun kohderyhmänä olivat Järvenpään Terveyskeskussairaalan akuuttiosaston ja kotisairaalan sairaanhoitajat ja perus-/lähihoitajat. Teemahaastatteluiden teemat perustuivat RAFAELATM hoitoisuusluokituksen osa-alueisiin. Päädyin teemahaastatteluun, koska halusin saada syvällistä tietoa yksiköiden hoitotyöntekijöiltä. Myös hoitotyön esimiesten kanssa keskusteltuani koimme, että on hyvä osallistaa hoitotyöntekijät Hyvän hoidon laatutasoon, jotta laatutaso kuvaa todellista tilannetta ja todellisia mahdollisuuksia yksiköissä. Tässä kehittämissankkeessa aineistona on käytetty muistiinpanoja työryhmien teemahaastatteluista ja keskusteluista tiimivastaavien, hoitotyön esimiesten ja ylihoitajan kanssa sekä päiväkirjamateriaalia. Päiväkirjamerkintöjä laatiessani olin tietoinen materiaalin myöhemmästä käytöstä osana raportointia.

Ensimmäisessä syklin vaiheessa suunnittelin teemahaastattelujen sisällöt. Teemahaastattelun teemat tulivat käytössä olevan hoitoisuusluokituksen osa-alueista. Suunnitteluvaiheessa laajennetussa ohjausryhmässä tuotiin esiin ajatuksia aiheeseen liittyen. Tämän jälkeen työstin Järvenpään terveysteskkussairaalan arvojen, perustehtävän, toiminta-ajatuksen sekä olemassa olevan toimintaa ohjaavan materiaalin ja aikaisempien tutkimusten ja teorian pohjalta teema-alueisiin liittyvän vapaamuotoisen teemahaastattelurungon (Liite 4), jonka lisämateriaali kuvastaa toiminnan arvojen ja tavoitteiden näkyvyyttä. Työryhmien toiminnan tueksi tein jokaista työryhmän tapaamista varten PowerPoint-esityksen, jossa esittelin teemaan liittyviä aiempia tutkimuksia ja teoriaa sekä toiminnan arvot, tavoitteet ja perustehtävän. Kuitenkaan näitä esityksiä ei tarvittu, koska keskustelua syntyi paljon teemaan liittyen pitämäni pienen alustuksen jälkeen. Tämä alustus oli tiivistelmä PowerPoint esityksestä. Haastattelutyypinä teemahaastattelu mahdollisti tiedon kysymisen kehittämistoiminnan kannalta merkittävistä aihepiireistä. Alkuperäiset tutkimuskysymykset eli hoitoisuusluokituksen osa-alueet olivat teemahaastattelurungon pääteemoina.

Teemahaastattelut tehtiin Järvenpään terveysteskkussairaalan hoitotyöntekijöistä koostuville työryhmille ennalta sovittuina ajankohtina elo-syyskuun 2013 aikana. Teemahaastattelut toteutettiin ei-sattumanvaraisena eli harkinnanvaraisena otantana, koska tarvittiin kaikkia hoitotyöntekijöitä vastaamaan kysymyksiin niin, että ryhmien muodostuminen ei ollut ennalta määrättyä hoitotyöntekijöiden osaamisen

tai työssäolovuosien mukaan. Tässä kehittämishankkeessa haluttiin kaikkien hoitotyöntekijöiden osallistuvan. Tärkeintä otannassa oli, että mukana otoksessa oli hoitotyöntekijöitä, joilla oli käsitystä ja mielipide tutkittavasta ilmiöstä eli hyvän hoidon laatutasosta Järvenpään terveyskeskussairaalan akuuttiosastolla ja kotisairaалassa.

Teemahaastattelurunko (Liite 4) annettiin arvioitavaksi akuuttiosaston ja kotisairaalan tiimivastaaville, joilla on kokemusta hoitotyöstä ja kehittämishankkeista. Teemahaastattelujen runko käytiin läpi myös ohjausryhmässä. Teema-alueiden varmentamiseksi tulisi tehdä esihaastatteluja, mutta tässä kehittämishankkeessa teema-alueet olivat ennalta sovittu tulokortin 2013 vaatimuksen mukaisesti ja vain teema-alueiden sisältöön ja työryhmien taustamateriaaliin liittyvät asiat Järvenpään terveyskeskussairaalan toimintaa ohjaavien ohjeistusten kohdalta tarkistettiin ja arvioitiin. Käytössä ollut taustamateriaali on Hyvän hoidon laatutason osioiden lisämateriaaliksi merkitty valmiiseen tuotokseen. Jokaiseen teema-alueeseen liittyvään ryhmähaastatteluun työryhmille ensimmäisessä vaiheessa varattiin aikaa puolitoista tuntia. Toiseen vaiheeseen varattiin aikaa noin tunti jokaista teema-aluetta kohden tiimivastaavien kanssa. Samalla tein varauksen mahdollisiin jatkohaastatteluihin työryhmien ja tiimivastaavien kanssa. Jatkohaastatteluja ei tässä kehittämishankkeessa tarvittu.

Syklin toinen vaihe oli toiminta, jossa työryhmät käynnistyivät. Työryhmien vetäjänä toimin minä ja jokaiseen työryhmään osallistuivat tiimivastaavat tai heidän nimeämänsä sijaiset sekä hoitotyön esimiesten kanssa sovittu määrä hoitotyöntekijöitä jokaisesta yksiköstä. Tiimivastaavat huolehtivat siitä, että hoitotyöntekijöistä jokainen osallistui ainakin yhteen työryhmään. Työryhmien toimintaan osallistuminen oli työhön liittyvää kehittämistoimintaa, johon jokaisen hoitotyöntekijän odotettiin sitoutuvan. Yksiköiden kahvihuoneissa oli ilmoitustaululla lista työryhmien kokoontumisista ja jokainen hoitotyöntekijä sai valita sopivan ajankohdan sekä teema-alueen työryhmään osallistumiselleen.

Työryhmien aiheena oli aina yksi teema, joka oli hoitoisuusluokituksen yksi osa-alue, ja sille oli varattu työryhmätyöskentelyyn aikaa puolitoista tuntia. Jokainen työryhmä kesti tasan puolitoista tuntia. Työryhmien vetäjänä tein alustuksen ke-

räämäni materiaalin pohjalta ja sen jälkeen keskustellen käsittelimme aihetta etukäteen tehdyn suunnitelman mukaisesti. Olin myös varautunut pitämään Power-Point-esityksen jokaisessa työryhmätapaamisessa, mutta tälle ei ollut tarvetta missään työryhmässä. Työryhmien työskentely tapahtui elo-syyskuussa 2013 ja työryhmien tapaamisia oli yhteensä kuusi (6). Tiimivastaavien kanssa tapaamisia oli neljä (4) syys-lokakuussa 2013 ja ne olivat kestoltaan suunnitellun tunnin mittaisia, mutta näiden tapaamisten määrä väheni alkuperäisestä kahdella (2), koska tuotos saatiin valmiiksi suunniteltua aiemmin. Ohjausryhmän kanssa tapaamisia oli kolme (3) ja valmiin tuotoksen palaute tuli vielä erikseen sähköpostilla ylihoitajalta ennen tuotoksen jalkauttamista. Ohjausryhmässä tuli palautetta Hyvän hoidon laatutasoon vain muutamaa kohtaan ja korjaukset tehtiin yhteistyössä tiimivastaavien kanssa. Ohjausryhmä halusi ISBAR-ohjeistuksen alustavan tiedon hoitotyöntekijöille työryhmien aikana ja tämä toteutettiin sekä ISBAR laitettiin lisämateriaaliksi Hyvän hoidon laatutasoon. Ohjausryhmä halusi myös hoitojakson päättävöitteen sekä potilaan oman tavoitteen hoitojaksolle näkyviin Hyvän hoidon laatutasoon. Lauserakenteita muutettiin ohjausryhmän toiveesta neljässä eri kohdassa, muuten ohjausryhmä oli tyytyväinen tuotokseen.

Työryhmissä aiheita käsiteltiin hoitoisuusluokituksen osa-alueiden mukaisesti ja aina oli käsittelyssä vain yksi osa-alue ja sen ulkopuolelle menevä keskustelu johdettiin takaisin aiheeseen. Tarkoituksena oli tehokkaasti hyödyntää käytössä oleva aika ja käsitellä vain yksi osa-alue kerrallaan sekä pysyä aikataulussa. Toimin työryhmien vetäjänä ja myös kirjasin samalla keskustelussa nousseet asiat. Työryhmän teemahaastattelun aikana käytiin myös läpi kirjattuja asioita, jotta asioiden oikeellisuus varmistui. Työryhmissä tuotettu materiaali oli laaja ja materiaalin tiivistäminen tapahtui yhteistyössä tiimivastaavien kanssa työryhmien kokoontumisten jälkeen, kun olin ensin tehnyt alustavaa karsintaa materiaalista sisällönanalyysin menetelmin.

Tässä kehittämishankkeessa teemat oli etukäteen sovittu ja tiimivastaavat olivat vieneet ne työyksiköihin kaikkien tiedoksi. Yksiköiden kahvihuoneissa oli kehittämishankkeen aiheisiin liittyvä osio, johon jokainen pystyi laittamaan jokaiseen teemaan liittyviä asioita ylös ennen varsinaista työryhmän tapaamista. Työryhmään tulija esitteli etukäteen työyksiköissä nousseet asiat työryhmälle ja asioista

keskusteltiin teemaan liittyen. Myös uusia asioita teemaan liittyen tuli esiin jokaisessa työryhmän tapaamisessa.

Koska toteutin kehittämishankkeeni teemahaastatteluilla, joihin kuului suurelta osin havainnointi, niin päädyin päiväkirjamateriaaliin, jolla uskoin saavani lisäkäsitystä kohteesta. Eräs vaihtoehto aineiston keruun toteuttamiseen olisi ollut nauhurin käyttö jokaisessa teemahaastattelussa, mutta en uskonut sen olevan luontevaa tämän kehittämishankkeen työryhmien tapaamisissa. Päiväkirjaa pidin suunnittelu-, toiminta- ja havainnointivaiheissa, jolloin kirjasin ylös omia näkemyksiäni ja tuntemuksiani kehittämishankkeeseen ja toteutukseen liittyen. Päiväkirjamerkinnöistä oli apua varsinkin kehittämishankkeen arviointia ja johtopäätöksiä kirjatessani.

Syklin seuraava vaihe on havainnointi. Havainnointia tein työryhmien kokoontumisen aikaan sekä hoitotyön esimiesten ja tiimivastaavien kokouksissa. Havainnoinnit kirjasin päiväkirjaan, kuten myös teemahaastattelujen aikana olin toiminut. Kehittämishankkeen aikana kirjoitin päiväkirjaa jokaisesta tapaamisesta liittyen Hyvän hoidon laatutason laadintaan. Laadin etukäteen päiväkirjalle alustavan rungon, jonka mukaan päiväkirjamerkinnöissä oli tarkoitus käsitellä haastatteluiden tuntemuksia, motivaatiota ja yleisiä tuntemuksia ja kokemuksia hankkeen edetessä. Kirjoittaminen oli vapaata enkä rajannut merkintöjen laajuutta. Kirjoittaminen tapahtui Word-tekstinkäsittelyohjelmalla ja yleisin ajankohta merkintöjen laatimiselle oli sen päivän ilta, jolloin olin hankkeeseen liittyvissä työryhmien tai muissa tapaamisissa.

Työryhmien toimintaan hoitotyöntekijät osallistuivat yksiköihin annetun ohjeistuksen mukaan eli olivat paikalla ajoissa ja olivat koko työryhmän toiminnan ajan läsnä. Jokainen työryhmien jäsen sai osallistua keskusteluun vapaasti, ketään ei pakotettu vastaamaan tai kommentoimaan. Ensimmäisessä työryhmässä mukana oli yksi hoitotyön esimies ja hänen osallistumisensa toi jännitettä työryhmään. Hoitotyöntekijät ajoittain hakivat ajatuksilleen ja mielipiteilleen hyväksyntää hoitotyön esimieheltä, joka ei kuitenkaan kommentoinut hoitotyöntekijöiden sanoja. Ensimmäinen työryhmä oli myös tilanteena uusi hoitotyöntekijöille, joten se toi oman jännitteensä, koska hoitotyöntekijöillä ei ollut tietoa siitä miten työryhmässä

tullaan toimimaan. Tiimivastaavat oli etukäteen informoitu työryhmien tavasta toimia ja työryhmien toiminnan sisältö oli heidän kanssaan käyty läpi sekä ohjausryhmän hyväksyntä oli työryhmien toimintamallille.

Seuraavissa viidessä työryhmien tapaamisessa ilmapiiri oli avoin ja rentoutunut. Kaikissa työryhmissä jokainen hoitotyöntekijä kommentoi käsiteltävää teemaa, toisilla oli enemmän asiaa ja toisilla vähemmän. Kaikkien mielipiteitä ja ajatuksia kuunneltiin, ja asioista keskusteltiin. Riitatilanteita tai ristiriitoja ei syntynyt, vaan asiat saatiin sovittua aikataulussa. Kahdessa työryhmässä syntyi lyhyitä hiljaisia hetkiä, joiden jälkeen työryhmän jäsenet kommentoivat aiheen olevan ajoittain vaikea, joten ei tiedä mitä kommentoida. Yksi tällainen keskustelun aihe oli emotionaalinen tuki potilaalle ja omaiselle. Tiimivastaavat ottivat näissä tilanteissa oman roolinsa ja aloittivat keskustelun, jonka jälkeen työryhmän oli helpompi aloittaa keskustelu. Tämä toimintamalli oli etukäteen sovittu tiimivastaavien kanssa, jotta työryhmien vetäjän tehtäväksi jäi alustus teemaan sekä keskustelun pitäminen aihepiirissä, aikataulusta huolehtiminen ja kirjaaminen. Tiimivastaavien tehtävänä oli herättää keskustelua.

Kehittämishankkeen kannalta oleellisia havaintoja tein teemahaastattelumateriaalien ja päiväkirjamerkintöjen pohjalta. Yhdistelin teemaan liittyviä vastauksia analyysin perusteella (kuvio 4). Aloitin materiaalin työstämisen kirjaamalla päiväkirjamerkintöjen lisäksi työryhmien tuotokset Word-tekstinkäsittelyohjelmalla ja luin materiaalin huolellisesti läpi. Seuraavassa vaiheessa pelkistin aineistoa erittelemällä ilmaisuja, jotka pohjautuivat hoitoisuusluokituksen osa-alueisiin. Sen jälkeen ryhmittelin pelkistetyn aineiston samoja asioita tarkoittaviin luokkiin. Erittelin toisistaan erilleen vastauksia ja muodostin kokonaisuuksia osa-alueen alla olevien toimintojen mukaisesti. Osa-alueiden ulkopuolisia asioita kirjasin omana kokonaisuutenaan ja niistä muodostui muita Hyvän hoidon laatutasoon vaikuttavia asioita. Tässä kehittämishankkeessa, kuten teemahaastatteluissa yleensäkin, jo haastattelussa esitetyt kysymykset johdattelevat vastaajia tiettyjen aihe-alueiden äärelle. Tuloksena oleva Hyvän hoidon laatutaso muodostui teemahaastatteluissa esitettyjen aihe-alueiden pohjalta.

Ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Lääkehoidon suunnitelman lukeminen	Ohjeiden ja sääntöjen noudattaminen	Lääkehoito toteutuu turvallisesti ja suunnitellusti
Säännöllinen kouluttautuminen		
Oman osaamisen tunnistaminen		
Vastuut ja velvollisuudet		
Noudatetaan lääkärin määräyksiä	Oikea-aikainen lääkehoito	
Työn organisointi		
Potilaan tilan huomiointi kokonaisvaltaisesti		

Kuvio 4. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Kun Hyvän hoidon laatutaso oli saatu valmiiksi työryhmien työskentelyn ja tiimivastaavien kanssa toimimisen jälkeen, reflektoin laatutasoon liittyviä asioita yhdessä laajennetussa ohjausryhmässä. Reflektointi vaiheessa kävimme läpi hoitotyöntekijöiden ja tiimivastaavien kanssa laaditun Hyvän hoidon laatutason ja teimme jatkosuunnitelman. Syklin viimeisessä vaiheessa jatkosuunnitelman mukaisesti Hyvän hoidon laatutason alustava tuotos vietiin työyksiköihin kommentoitaviksi ja tuotettiin Hyvän hoidon laatutaso valmiiksi tiimivastaavien kanssa. Tiimivastaavat olivat ennen viimeistä vaihetta keränneet palautetta laatutason ensimmäisestä versiosta yksiköiden hoitotyöntekijöiltä ja toivat saamansa palautteen viimeisiin tapaamisiin, joissa viimeisteltiin Hyvän hoidon laatutaso. Valmis Hyvän hoidon laatutaso alistettiin ohjausryhmän tarkasteluun ja hyväksyttäväksi ennen jalkauttamista yksiköihin. Viimeisessä vaiheessa ohjausryhmältä ei tullut Hyvän hoidon laatutasoon korjauksia.

Valmis Hyvän hoidon laatutaso esiteltiin yksiköissä osastokokouksissa ja tiimipalaverissa. Yksiköiden kanslioissa ja kahvihuoneissa oli kopiot Hyvän hoidon laatutasosta, jotta jokaisella oli mahdollisuus tutustua siihen ennen PAONCIL:ia. Keskustelua käytiin laatutasoon liittyen myös kahvi- ja ruokatauoilla ja pyrittiin

varmistamaan, että jokainen on tutustunut laatutasoon ja voinut tarvittaessa tarkentaa siinä esiintyviä asioita. Kysymyksiä Hyvän hoidon laatutasoon liittyen tuli vähän ja PAONCIL saatiin yksiköissä suoritettua tavoitteen mukaisesti määräaajassa.

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

Hyvän hoidon laatutasoa määriteltäessä keskusteltiin työryhmissä hoitoon liittyvistä asioista, jotka välillisesti ja välittömästi liittyivät potilaan kokonaisuhoitoon ja hoidon laatuun. Nämä asiat haluttiin näkyviin Hyvän hoidon laatutasoon. Fagerströmin ja Rauhalan (2003, 13) mukaan RAFAELATM – hoitoisuusluokituksen tavoitteena on hoitotyön laadun ja ”näkymättömän hoitotyön” näkyväksi saaminen potilaan hoidon tarpeen mukaan. Luvussa 3.4 on tarkemmin kuvattu RAFAELATM – hoitoisuusluokitukseen liittyviä asioita. Kehittämishankkeen tulokset kuvataan RAFAELATM – hoitoisuusluokituksen mukaisesti ja esiin tuodaan myös laatutasoon vaikuttavia muita tekijöitä.

5.1 Hyvän hoidon laatutasoon vaikuttavia tekijöitä

Kaikissa työryhmissä ja palautteissa nousi esiin seuraavia asioita hyvään hoitoon liittyen akuuttiosastolla ja kotisairaalaissa. Nähtiin, että hoidon tulee olla yksilöllistä potilaan tarpeet ja voimavarat huomioiden sekä huomioidaan omaiset osana hoidon jatkuvuutta. Potilaiden ja omaisten tyytyväisyys koettiin liittyvän enemmän kokemukseen hoidosta kuin tiloihin, joissa työskenneltiin. Kuitenkin tilojen puute potilaiden kohdalla, jotka tarvitsivat erilaisia apuvälineitä selviytymiseen, koettiin haastavana ja hoidon laatua huonontavana.

”miten teet hyvää hoitoa, jos ei ole tiloja”

”... voi olla tyytyväinen myös varastuhuoneessa.. ”

Työryhmissä nousi esiin, että hoitotyön suunnitelmat eivät aina ole ajantasalla, joka vaikeuttaa hoidon jatkuvuutta. Kuitenkin koettiin, että hoidon suunnittelun ja kirjaamisen tulisi toteutu määriteltyjen kriteerien mukaisesti ja kirjaaminen olisi ammatillista sekä arvioivaa. Hoitoisuusluokittelun tekeminen koettiin ajoittain haastavaksi ja aikaa vieväksi, jonka vuoksi haluttiin nostaa Hyvän hoidon laatu-

tasoon myös se, että omien potilaiden hoitoisuusluokittelu on tehty ohjeistuksen mukaan. Nähtiin, että tällä tavalla oma työ saadaan näkyviin ja muutoksia hoitamitoituksiin sekä hoitotyön kehittämiseen saadaan myös tätä kautta. Hoitoisuusluokituksissa ei kuitenkaan selkeästi nähty paikkaa, johon omaisille annettu aika suoraan näkyisi ja koettiin haastavaksi omaisiin kohdistuva työ saada näkyväksi.

”voisiko omaiset saada oman lokeron, koska välillä työllistävät niin paljon ja ei näy tehty työ missään”

Työryhmien mielestä hyvään hoitoon liittyy tiiviisti hoitajan työhyvinvointi. Tässä edesauttaa se, että työaikaan kuuluvat tauot on pidetty, annetaan työkaverille aikaa tehdä työnsä rauhassa ja työnjaossa huomioidaan hoitotyöntekijöiden erilainen osaaminen ja erityistehtävät.

Hoitotyö on työryhmäläisten mielestä muutakin kuin potilaan kanssa tehty välitön hoitotyö. Työn onnistumiseen tavoitteiden mukaisesti vaikuttaa työ- ja hoitoympäristön viihtyvyys ja siisteys sekä työssä tarvittavien välineiden ja tarvikkeiden saatavuus, kuten myös oman ammattitaidon ja työhön liittyvien ajankohtaisten tietojen saamisen mahdollisuus. Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden ohjaus koettiin tärkeäksi osaksi omaa työtä ja työssä viihtymistä, koska toivottiin ohjaamisen palkitsevan jossain vaiheessa osaavilla uusilla hoitotyöntekijöillä.

Akuuttiosaston ja Kotisairaalan toiminta kuvattiin työryhmissä joissakin asioissa poikkeavaksi toisistaan, mutta työryhmien työskentelyn edetessä tuli esiin, että toimintaa ohjaavat samat tavoitteet ja arvot sekä perustehtävä, jonka vuoksi myös hyvän hoidon laatutason tulee olla sama molemmissa yksiköissä. Kotisairaalan hoitotyön poikkeaminen näkyi työryhmäläisten mielestä eniten omaisten läsnäolossa ja omaisten mukaan ottamisessa hoitoon liittyviin toimintoihin ja päätösten tekoon. Kotisairaalan toiminnassa omaisten rooli korostui enemmän, joten kotisairaalan liittyen haluttiin nostaa esiin potilaan ja omaisten huomioiminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

”onneksi omaiset tuovat asioita esiin, joita potilaat eivät aina halua tai muista kertoa”

5.2 Hoidon suunnittelu ja koordinointi

Työryhmissä hoitajat pitivät tärkeänä, että hoito suunnitellaan kokonaisvaltaisesti huomioon ottaen jokaisen potilaan yksilölliset tarpeet hoitotyön prosessin mukaisesti. Hoitotyön prosessin todettiin olevan vaikea monelle hoitajalle ja se koettiin vaikeuttavan hoitotyön suunnitelman tekemistä. Nähtiin, että lääkäri ohjeistaa hoidon tarpeen ja hoito aloitetaan sekä lääkehoito toteutetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti, kuitenkin hoitotyön keinoja korostaen suunnitelmassa.

Taustatietojen tarkistaminen on työryhmän mukaan yksi olennainen osa hoitajan työtä hoidon alkaessa ja hoidon edetessä. Yhteistyö omaisten kanssa koettiin tärkeänä osana hoitotyön onnistumista. Omaisten haluttiin olevan osa hoitoa alusta alkaen ja heihin tulisi ottaa yhteys heti potilaan tullessa osastolle ja potilaan kotiutuessa potilaan tarpeen mukaan.

Hoitoprosessin alussa työryhmän mielestä on tärkeää kirjata tulotilanneteksti organisaation ohjeen mukaisesti sekä aloittaa hoitotyön suunnitelma hyödyntäen olemassa olevia suunnitelmia hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. Akuuttiosaston ja kotisairaalan potilaille avataan kaikille jatkohoitoon liittyvä tarve, jotta hoidon päämäärä on kaikkien tiedossa koko hoitojakson ajan. Työryhmässä oltiin yksimielisiä siitä, että hoitotyön suunnitelman tulee kuvata tulossyytä ja hoitotyön suunnitelmasta tulee löytyä kaikki potilaalle suunnitellut tutkimukset ja hoidot. Potilaan tullessa hoitojaksolle kirjataan kliinisen tilan arvio ja se tulee työryhmän mukaan olla vastaanottavan hoitajan kirjaama. Myös tarvittavat suostumukset ja luvat tulee huolehtia organisaation ohjeistuksen mukaan.

Potilas nähtiin työryhmissä hoidon keskiössä ja potilaan oma näkemys haluttiin tuoda esiin hoitojakson kirjauksiin. Myös moniammatillisen tiimin tavoite hoitojaksolle haluttiin näkyviin ja työryhmässä päätettiin, että moniammatillisen tiimin tavoitteet sekä potilaan oma tavoite hoitojaksolle kirjataan jatkohoidon tarpeen alle, jolloin niitä voidaan peilata koko hoitojakson ajan sekä tarvittaessa tarkistaa.

”olisi hienoa, jos voisi aina huomioida potilaan kaikissa päätöksissä”

Akuuttiosastolle ja kotisairaalan tehdyn vastuuhoitajan toimenkuvan mukaan vastuuhoitaja tulee nimetä jokaiselle potilaalle 24 tunnin sisällä. Työryhmä koki hyvänä vastuuhoitajamallin toteutettaessa ja arvioitaessa potilaan hoitoa moniammatillisesti potilaan hoidon tarpeiden mukaisesti. Potilaan hoidon haluttiin olevan kokonaisvaltaista ja kokonaisvaltaisuuden tulee hoitajien mukaan näkyä hoitotyön suunnitelmassa hoidon prosessin vaiheiden mukaisesti. Tämä kuitenkin koettiin haasteelliseksi tilanteiden muuttuessa yksiköissä lähes päivittäin ja nähtiin optimaalisen hoidon toteutuminen jokaisessa vuorossa haasteelliseksi hoitajille.

”ei voi vaatia liikoja jokaiselta hoitajalta jokaisessa vuorossa”

5.3 Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet

Työryhmässä todettiin, että hengittämiseen, verenkiertoon ja sairauden oireisiin liittyen potilaan tilaa tulee seurata ja arvioida hoito-ohjeiden mukaisesti, ja hoito-ohjeiden tulee olla kirjattuna hoitotyön suunnitelmaan. Sairauden oireita sekä muita oireita ja huomioita kirjataan arvioiden seurannan ollessa jatkuvaa eri toimenpiteiden ollessa seurannan ja arvioinnin tukena. Työryhmän mukaan toimenpiteet ja mittaukset tulee hoitajan osata arvioida tulosityhyn verraten ja kirjata ne hoitotyön suunnitelmaan huomioden myös lääkitys ja muut sairaudet.

Työryhmässä keskustelua herätti työssä tarvittavat välineet potilaiden elintoimintoja mitattaessa sekä tehtäessä pieniä tutkimuksia. Välineiden saatavuus ja kunto aiheutti huolta ja varsinkin useamman potilaan voinnin ollessa akuutimpi, koettiin työvälineiden vähyyden aiheuttavan lisätyötä hoitajille sekä ajoittain hoitotoimien viivästymisen. Kuitenkin nähtiin, että vaaratilanteita tämän vuoksi ei ole syntynyt. Keskustelua syntyi myös siitä, että kotisairaalan työ on hyvin itsenäistä ja päätöksenteko taitoja tarvitaan eri tavalla kuin osastolla. Myös työvälineiden mukana pitäminen on hoitajan vastuulla ja ennen käyntiä hoitaja arvioi tarvitsemiensa välineiden määrän, jotta potilaan hoito kotona on laadukasta ja oikea-aikaista.

”kyllähän sitä hoitaisi, jos olisi aina toimivat välineet”

”potilaan kotona on aina hieman haastavampaa, kun ei ole kollegan tuki heti siinä ja joskus puuttuu välineitä. Sitten vain improvisoidaan, jotta saadaan työ tehdyksi ja potilas sekä omaiset tyytyväisiä.”

Potilaa voinnin seuranta hoidon eri vaiheissa on erilaista ja voinnissa oleviin muutoksiin tulee työryhmän mukaan kiinnittää huomiota ajoissa ja niistä kirjaaminen tulee olla selkeää sekä kattavaa. Hoitaja arvioi hoidon tarvetta ja on tarvittaessa yhteydessä lääkäriin. Työryhmä korosti kirjaamisen merkitystä hoidon eri vaiheissa ja kirjaamisen toivotaan olevan ajantasaista, kuvaavaa sekä potilaan vointia ja hoitotoimenpiteiden vaikuttavuutta arvioivaa. Työryhmä esitti huolen siitä, että muistin varassa olevaa toimintaa on työpäivän aikana paljon ja joitain asioita on saattanut unohtua tehdä, koska työpäivään kuuluvia tehtäviä on lisääntyvässä määrin.

”tässä alkaa miettiä, että olenko muistanut tehdä tänään kaiken, jotta voi lähteä tyytyväisenä kotiin”

Työryhmän mielestä akuuttiosastolla ja kotisairaалassa kaikkien potilaiden tulee saada samantasoista sairauden hoitoa ja kuntoutumista sekä tarvitsemansa ääkehoidon ajantasaisesti ja vaikutuksia arvioiden. Moniammatillisen tiimin työskentelyä pidettiin toimivana ratkaisuna yksiköissä, mutta akuuttiosastolla sen toimivuus oli työryhmän mielestä olosuhteiden vuoksi toimivampaa. Kotisairaalan hoitajat kokivat enemmän olevansa itsenäisiä työssään, koska kotona työskennellään potilaan ja omaisten kanssa usein yksin.

”joskus pitää olla fyssari ja hoitaja ja olkapää”

5.4 Ravitseminen ja lääkehoito

Ravitsemukseen liittyen työ akuuttiosastolla verrattuna kotisairaalaan koettiin erilaiseksi. Akuuttiosastolla ravitseukseen liittyy ruokailutilanteet ja ruokailun järjestäminen ohjaamisen ja ravitseukseen liittyvän neuvonnan lisäksi. Kotisairaalan hoitajien mukaan heidän toiminta painottuu ravitseukseen liittyvään neu-

vontaan ja ohjaukseen, jolloin omaisen rooli korostuu potilaan apuna ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Potilaan omien voimavarojen tukeminen ja hyödyntäminen korostui akuuttiosastolla ja kotisairaalassa. Moniammatillinen yhteistyö eri ammattiryhmien välillä koettiin tarpeelliseksi ravitsemukseen liittyvän ohjeistuksen kohdalla. Työryhmän mukaan ohjeistusta ravitsemukseen liittyen annetaan, mutta ohjeistuksen kirjaaminen potilastietoihin sekä varmistaminen, että ohjeistus on ymmärretty, on ajoittain puutteellista.

Akuuttiosastolla ruokailutilanteiden koettiin olevan ajoittain kiireisiä ja meluisia. Ruokailutilanteille tulisi antaa aikaa jo ennen ruokailua esimerkiksi huolehtimalla potilaan ruokailuasennosta ja mahdollisuuksista hyödyntää omia voimavaroja ruokailutilanteissa. Ravitsemus ja ruokailutilanteet tulee työryhmän mielestä hoitaa hoitotyön suunnitelman ja ohjeistusten mukaisesti, sekä ravitsemukseen ja ruokailuun liittyvä huomioida tulee olla kirjattuna arvioiden.

”kun saisi inhimillisyyttä ruokailutilanteisiin”

”esteettinen lautanen olisi ilo hoitajalle, mutta varsinkin ilo potilaalle”

”...se ei ole kuuro se potilas..”

Akuuttiosastolla hoitajien mielestä laitoshuollon osuus ruokailutilanteista on merkittävä. Hoitajien mielestä laitoshuollon jakaessa ruokaa yksilöllisyys unohtuu ajoittain ja hoitajien tehtäviin kuuluva ruokakorttien päivittäminen ei ole aina ajan tasalla. Hoitajat kokivat myös, että ruokakorteissa olevien ruokien vaihtaminen tulisi onnistua myös potilaan ja laitoshuollon välillä ilman, että hoitaja puuttuu asiaan.

”kaikille maito mukiin, ihan kaikille. Miksei lasiin ja saisi muutakin välillä”

”pitää olla potilaalla lupa vaihtaa mielipidettä haluamansa juoman ja leivän suhteen”

Lääkehoitoon liittyen työryhmät kokivat, että lääkehoidon suunnitelma ja lääkäreiden ohjeistus ovat keskiössä. Lääkehoidon suunnitelman mukaan lääkehoito kirjataan, arvioidaan ja vastuut huolehditaan. Lääkärin ohjeen mukaan potilaan tarvitsema lääkehoito toteutetaan. Työryhmä halusi Hyvän hoidon laatutasoon merkinnän lääkehoidon suunnitelman lukemisesta, koska turvallinen ja onnistunut lääkehoito on keskeinen osa hoitotyötä ja hoidosta tulevaa onnistumisen kokemusta. Lääkäreiden ammattitaito koettiin ensisijaisen tärkeäksi, jotta potilaat saavat oikea-aikaisen ja riittävän lääkityksen tukemaan parantumista ja sairauden hoitoa. Kotisairaalan hoitajat miettivät miten lääkehoidon vaikuttavuus saadaan heidän työssään näkyviin, kun arvioinnin kirjaaminen on kotikäyntien varassa. Tässä korostui potilaan oma kokemus lääkehoidon vaikuttavuudesta ja riittävydestä sekä omaisten kokemus potilaan tilasta.

“onneksi meillä on lääkäri, joka osaa kivunhoidon”

”miten seurataan vastetta, kun ei olla potilaan luona kuin muutama kerta päivässä. Miten lääkehoito tulee arvioida”

5.5 Hygienia ja eritystoiminta

Hygienian hoidosta ja eritystoiminnasta nousi työryhmissä vilkkaasti keskustelu, ja keskustelu oli eniten mielipiteitä omaavaa sekä mielipiteitä jakavaa. Toiset hoitajat kokivat hygienian hoidon keskeiseksi osaksi työtä ja osa hoitajista koki hygienian hoidon tulevan vasta hoitoon tulon syyn ja jatkohoidon huomioimisen jälkeen tärkeäksi. Kaikki työryhmän jäsenet kuitenkin kokivat, että hygieniaan ja eritystoimintaan liittyvät asiat olivat osa hyvää hoitoa, jota haluttiin jokaiselle potilaalle. Kannustaminen ja omatoimisuuteen ohjaaminen olivat keskiössä puhuttaessa hygienian hoidosta. Potilaan omat voimavarat pyrittiin ottamaan mukaan jokaiseen toimintaan, mutta resurssien puute ajoittain heikensi potilaan voimavarojen hyödyntämistä.

Hygienian hoitoon liittyen työryhmässä nousi keskustelu potilaiden omasta tahdosta ja oman tahdon kunnioittamisesta. Suihkutilojen vähyys ja WC-tilojen toimimattomuus aiheutti keskustelua. Hoitajien mielestä intimitettisuojan säilyttä-

minen kaikissa tilanteissa ei ollut mahdollista, koska tilat ovat ahtaat ja WC-tilat aukeavat käytäville, joissa omaiset, vieraat sekä muut potilaat liikkuvat. Myös potilaiden oma tahto suihkutusten ajoista ja jopa WC-käynneistä herätti keskustelua. Hoitajien mielestä ei ollut mahdollista, että jokainen potilas pääsisi WC:hen ja suihkuun oman tarpeen ja halun mukaan, koska resurssit eivät olleet riittävät. Kuitenkin hoitajien mielestä potilaat saivat resurssien puitteissa hyvää hoitoa ja odotusajat eivät olleet hoitajien mielestä kohtuuttomia. Nuorempien potilaiden kohdalla huomattiin selkeä yhteys kulttuurin muutokseen ja siihen, että suihkuun haluttiin päivittäin ja enemmän iltapäinnotteisesti. Tähän ei kuitenkaan nykyisellä henkilöstömitoituksella ole mahdollisuutta työryhmän mielestä.

”ei kyllä voi aina suihkuun viedä potilaan niin halutessa. Eihän se missään ole mahdollista.”

”tarvitseeko kaikkien käydä suihkussa joka viikko, jos ei halua. Milloin potilaan oma tahto on tärkeämpi kuin hoitajan oppi koulusta”

”WC:t eivät vain riitä siihen, että potilaat pääsisivät sinne aina halutessaan, vaikka hoitajalla olisi aikaa. Toivottavasti tämä ongelma poistuu uudessa talossa.”

Potilaiden kokonaisvaltainen tarkkaileminen ja toimintakyvyn huomioiminen eritystoiminnan ja hygienian hoidossa koettiin tarpeelliseksi ja tärkeäksi. Työryhmässä koettiin että kokonaisvaltaisuuteen kuului eritystoiminnan huomioiminen myös kuntoutumisessa ja eritystoiminnan apuvälineet tulisi huomioida hoitotyössä ja kuntoutumisessa. Myös eritystoimintaan vaikuttavat asiat tulisi huomioida ja olla kirjattuna hoitotyön suunnitelmaan.

”onhan se aikamoista, jos katetripussi estää liikkumisen, kun ei ole huomattu vaihtaa parempaan pussiin”

Työryhmän mielestä hoitotyön jokaisessa vaiheessa tulee huomioida aseptinen toiminta ja eristykset sekä haavahoidot tulee toteuttaa ohjeiden mukaisesti, ja niiden tulee olla kirjattuna hoitotyön suunnitelmaan, jotta hoidon jatkuvuus ja laatu

tältäkin osin pystytään varmistamaan. Eristysten onnistuminen sekä potilaiden ohjaus koettiin tärkeiksi, mutta myös omaisten ohjaus korostui keskusteluissa. Hoitajien mielestä kuitenkin tilojen ahtaus sekä eristyshuoneiden puute vaikeutti ohjeiden sekä koulutuksen mukaista toimintaa, mutta tilanne kuitenkin koettiin positiivisella tavalla ja eristyspotilaille pääsääntöisesti löydettiin pienempi huone, jossa eristys pyrittiin toteuttamaan ohjeiden mukaan. Tässä hoitajien mukaan korostui koko henkilökunnan joustavuus sekä omaisten ohjaamiseen liittyvät asiat, jotta erityis saatiin onnistumaan ajoittain epäedullisissa oloissa.

”kun ei ole tiloja, niin ei ole tiloja”

*”ei se pelkkä käsidesi auta pelkästään, vaan pitää pestä myös käsiä.
Ja ne omaiset, niitäkin pitää aina ohjeistaa.”*

5.6 Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo

Työryhmissä nousi esiin ohjaus ja kannustus kaikkien eri osa-alueiden kohdalla, mutta erityisesti tämän osa-alueen kohdalla ohjaus korostui. Hoitajat näkivät, että yksi keskeinen alue hoitotyössä on potilaiden omien voimavarojen ja tarpeiden huomioiminen kuntoutumisen tukemisessa. Myös oikeanlaisten apuvälineiden sekä erityistyöntekijöiden tuki osana kuntoutumista ja hoitoa koettiin tärkeäksi. Kuntoutumisen ja työn teon esteenä nähtiin ahtaat ja epäkäytännölliset tilat, jotka eivät tue kuntoutumista edistävää työtä kaikkina vuorokauden aikoina akuuttiosastolla. Kotisairaalan potilaiden kohdalla kuntoutumisen edistäjänä nähtiin potilaalle oma tuttu ympäristö, jossa luontaiset virikkeet loivat hyvät edellytykset hoitajien mielestä fyysiselle ja psyykkiselle kuntoutumiselle. Kotona pärjäämiseen liittyvä ohjaus liittyen liikkumisen ja liikkumisen apuvälineisiin korostui akuuttiosastolla sekä kotisairaalassa.

”huoneissa hoitajat kompuroivat apuvälineisiin. Ei kai siellä potilaat kuntoudu, kun eivät mahdu liikkumaan.”

Potilaiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntoutuminen tuli työryhmän mielestä suunnitella moniammatillisesti ja siihen tuli kaikkien osapuolten sitoutua. Myös

omaiset nähtiin tärkeänä osana aktiviteettiin liittyvää toimintaa ja omaisten roolia haluttiin korostaa. Suunnitelma toimintakyvyn ylläpitämiselle ja kuntoutumiselle tuli työryhmän mukaan olla tavoitteellisesti kirjattu hoitotyön suunnitelmaan, ja tähän suunnitelmaan toivottiin myös potilaan sekä omaisten mielipide ja sitoutuminen. Näin toimien koettiin, että kuntoutuminen ja kotiutuminen onnistuisivat parhaalla mahdollisella tavalla. Omaisten mukaan ottaminen koettiin kuitenkin haasteelliseksi, koska perinteisesti hoitotyössä on totuttu työryhmien mielestä toimimaan ammattilaisten johdolla sairaaloissa, mutta kotona tilanne nähtiin toisin ja omaisten mukana olo koettiin edellytyksenä hyvän hoidon onnistumiselle.

”omaisia ei kyllä oteta niin paljon mukaan kuin pitäisi”

”vähän vain omaista kannustin ja hän oli siitä mielissään. Ei vain aina muista, että omaiset haluavat monesti auttaa”

Tilojen toimimattomuus nähtiin ongelmana paitsi kuntoutumisen osalta, niin myös yöaikaisen levon turvaamisen kannalta. Potilailla oli erilaisia tottumuksia ja erilaiset sairaudet loivat haasteita sille, että jokaiselle pystytään takaamaan rauhallinen yöuni edistämään kuntoutumista. Työryhmissä koettiin tärkeänä, että yöaikaiseen toimintaan liittyvät asiat ovat kirjattuna, jotta yöhoitajien vaihtuessa potilaan hoidon laatu ei huonone hetkellisesti. Myös päiväaikainen lepo koettiin tärkeäksi ja tämän vuoksi rajoittamaton vierailuaika koettiin hankalaksi osastolla, jossa hoidettiin myös vaikeasti sairaita potilaita. Kotisairaalan kohdalla erityisen tärkeäksi nähtiin kivun hoito sekä potilaan ja omaisen itse suorittaman potilaan tilan tarkkailu.

”kun toinen haluaa yövalon ja toinen haluaa aivan pimeää ja kolmas haluaa pimeässä musiikkia, niin siinä sitten pitää miettiä miten saadaan kaikille yöuni turvattua samassa huoneessa”

”on sitä laulettu ja tuuletettu, syötetty ja juotettu, kylkeä käännetty ja jalkaa suoristettu, kipulääkettä haettu ja käsiä hierottu, päivän kuulumiset vaihdettu ja yhdessä naurettu. Sitten vasta on ensimmäinen saatu nukkumaan.”

5.7 Hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki

Jatkohoitoon liittyvät asiat koettiin tärkeiksi kaikissa työryhmissä. Jatkohoitoon liittyviin asioihin kuuluvat myös kuolemaan ja saattohoitoon liittyvät asiat. Koettiin tärkeänä, että potilas ja hänen omaisensa saivat mahdollisimman paljon tukea sairauden aiheuttamassa elämänmuutoksessa koko hoitajakson ajan akuuttiosastolla ja kotisairaалassa. Potilaan ja omaisten huomioiminen sairauden eri vaiheissa sekä jatkohoittoa järjestettäessä koettiin ensisijaiseksi, jotta hoitajakson päättymisen suunnitellusti kotiutukseen tai jatkohoitopaikan järjestymiseen tapahtuisi viiveettä. Myös kuolemaan liittyvissä asioissa nähtiin omaisten läsnäolo merkitykselliseksi ja korostui omaisten mukana olon sekä heidän kokemustensa ja tuen tarpeen kirjaaminen hoitotyön suunnitelmaan sekä päivittäiseen potilaan tilan seurantaan. Kotisairaalan toimintaan kuului myös omaisten tapaaminen potilaan saattohoidon ja kuoleman jälkeen. Tämä nähtiin tärkeänä osana perheen jaksamisen tukemista ja palautteen saamista.

”on se vain niin noloa, kun menee huoneeseen ja siellä on joukko surevia omaisia eikä sitä ole lukenut missään”

”työtä tehdään myös kuoleman jälkeen. Käydään tapaamassa omaisia vielä pitkän ajan päästä. Tulee hyvä tunne, kun työn on tehnyt hyvin.”

Potilaan hoitajakson aikana työryhmän mielestä korostuu hoidon tavoitteellisuus. Hoitotyöntekijöiden mielestä tavoitteet tulee luoda moniammatillisesti Järvenpään terveyskeskussairaalan ohjeiden mukaisesti. Työryhmän enemmistön mielestä potilaan oma tavoite hoitajaksolle tulee olla kirjattuna hoitotyön suunnitelmaan. Hoitajakson aikana tavoitteita tulee arvioida ja uudelleen asettaa, jos hoitajakson aikana potilaan tilassa tapahtuu muutoksia. Keskustelua herätti tavoitteiden erilaisuus, jota ajoittain esiityi potilaan ja omaisten sekä moniammatillisen tiimin välillä. Myös hoitotyön suunnitelmaan kirjaaminen tavoitteiden osalta aiheutti keskustelua, jonka lopputulemana huomattiin, että jatkohoitoon liittyvän tarpeen alle on hyvä kirjata moniammatillisen tiimin sekä potilaan oma tavoite hoitajaksolle. Näin ollen molempien tavoitteiden näkyvyys läpi hoitajakson on turvattu.

”tavoite on kyllä vaikea asettaa, kun kaikki ovat siitä erimieltä... Ja mihin se kirjataan ja lukeeko sitä kukaan... mitä hyötyä on moniammatillisen tiimin tavoitteella, jos se eroaa potilaan tavoitteesta.... onko potilaan tavoitteella oikeasti merkitystä”

Kotiutuessa koettiin tärkeäsi, että potilaalle ja omaisille annettu ohjaus ja opetus ovat kirjattuina niin, että näkyy myös miten potilas on asian oppinut. Ohjauspai-
kan löytyminen osastolta koettiin haasteelliseksi, koska tiloja ohjaukselle ei ole varattuna. Kotona ohjauksen onnistuminen koettiin paremmaksi, koska tilanne nähtiin rauhallisemmaksi ja potilaan kannalta suotuisammaksi. Hoitojakson päättyessä potilaan ja omaisten saama ohjaus ja materiaalit nähtiin kotiutumista tukevana ja jatkohoidon onnistumisen kannalta tärkeinä. Yhteistyökumppaneiden mukana olo hoitojakson aikana nähtiin kotiutumista edistävänä ja kotona pärjäämistä tukevana. Riittävät jatkohoito-ohjeet koettiin hoidon laatua parantavana.

5.8 Yhteenveto tuloksista

Kappaleessa 5 esitettyjen työryhmien ajatusten ja pohdintojen sekä terveyskeskussairaalassa tehtyjen materiaalien pohjalta laadittiin Hyvän hoidon laatutaso, joka on luettavissa liitteenä 3. Hyvän hoidon laatutasoa tehdessä käytiin läpi jo tehtyjä ohjeistuksia, Järvenpään kaupungin arvoja ja toimintaan vaikuttavia mittareita ja tulosvaatimuksia. Pääosa hoitotyöntekijöistä oli tietoisia arvoista ja ohjeistuksista, mutta joillekin asia tuli esille vasta työryhmien työskentelyssä. Työryhmien aikana oma työ konkretisoitui monelle hoitajalle ja tyytyväisyys jo saavutettuja tuloksia kohtaan oli merkittävää. Kuitenkin työn kokonaisvaltaisuus aiheutti keskustelua jokaisen Hyvän hoidon laatutason osion kohdalla. Myös omaisten roolin merkitys ja huomioiminen herätti keskustelua työryhmissä. Omaiset nähtiin tärkeänä osana hoitoa ja potilaan hyvinvointia, mutta hoitajien mielestä omaisten vaatimaa aikaa ei huomioitu tarpeeksi mitoituksia tehtäessä. Myös potilaiden oma tahto ja itsemääräämisoikeus hämärtyivät hoitajien mielestä ajoittain keskusteluissa potilaan parhaasta.

”hienoa, että ollaan jo paljon tehty ja hoito meillä on hyvää, vaikka ei olla sitä välttämättä huomattu”

”omaisten huomioiminen vie joskus huomion potilaasta ja hänen oikeuksistaan. Kenen puolella meidän kuuluu olla?”

Kehittämishankkeen tuloksena tuotettiin Hyvän hoidon laatutaso, joka saatiin tuotettua työryhmien toiminnan kautta sekä tiimivastaavien toiminnan tukemana.

Hyvän hoidon laatutaso haluttiin työryhmissä koostuvan niin, että Hyvän hoidon laatutason kirjallisen osion ensimmäinen osio (Liite 3 sivu1) on yhteenveto laatutasosta, joka voidaan esitellä potilaille, omaisille ja yhteistyökumppaneille. Hyvän hoidon laatutaso kokonaisuudessaan on Järvenpään terveystieteiden sairaalan akuutiosaston ja kotisairaalan sisäisessä käytössä.

Hyvän hoidon laatutasosta haluttiin selkeä ja toimintaa ohjaava, jonka pohjalta on helppo toimia organisaation arvojen, tavoitteiden ja toimintaa ohjaavien ohjeistusten mukaisesti. Laatutasosta haluttiin myös helposti päivitettävä hoitotyön vaatimusten muuttuessa.

Hoitotyöntekijät näkivät oman työnsä motivoivana ja organisaation sisällä arvostetuksi, ja tämän haluttiin näkyvän myös laatutasossa. Laatutason toivotaan parantavan hoitotyötä jokaisessa työvuorossa riippumatta hoitotyöntekijöiden määrästä. Hoitotyöntekijöiden mielestä oli hyvä, että he saivat itse määritellä optimaalisen hyvän hoidon laatutason. Tämän nähtiin auttavan hoitotyön laadun parantumisessa ilman, että olisi tunne, että odotetaan enemmän kuin mihin resurssit milloinkin riittävät. Myös se, että hoitotyön ei odoteta yltävän ideaaliin tilanteeseen hoidon laadun suhteen, koettiin hyvänä asiana. Työryhmien mielestä johtoa myöden on ymmärrys siitä, että optimaalinen hoidon laatu on se, johon tulee pyrkiä joka päivä ja ideaalitalanteita on, mutta ne eivät ohjaa toimintaa pääsääntöisesti.

Hyvään laatuun hoitotyössä uskottiin päästävän silloin, kun työyksiköissä hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus tehdä työnsä hyvin, työn organisointi on hallinnassa hoitotyöntekijöillä sekä hoitotyön esimiehillä ja työn ehtii tehdä hyvin työajalla. Tämän nähtiin lisäävän myös työhyvinvointia ja työtyytyväisyyttä.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Yhdessä oppimisella, toisten auttamisella ja toisilta oppimisella pyritään sosiaaliseen kasvuun, sillä yksilöllinen kasvu ja itsenäistyminen kulkevat rinnakkain sosiaalisen kasvun ja kehittymisen kanssa. Menestyksellinen toiminta ryhmässä tukee myös yksilöllistä itsenäistymistä. Oppivan organisaation tavoitellessa vakavasti työntekijöiden itsenäistymistä, minäkuvan vahvistumista, oppimaan oppimista ja yhteistyötaitojen kehittymistä sen on varauduttava suunnitelmalliseen, määrätietoiseen ja jatkuvaan prosessiin. (Leppilampi 2002, 291.)

Toisten auttaminen ja kaikkien aktiivinen osallistuminen yhteiseen toimintaan on yhdessä oppimisen perusta. Oppimista pyritään vahvistamaan sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla. Yhteisten tavoitteiden saavuttaminen edellyttää jokaisen onnistumista omassa tehtävässään ja refleктоiva tarkastelu kohdistuu ryhmän tapaan tehdä työtä ja ryhmän aikaansaannoksiin. (Sarala & Sarala 1996, 142–143.)

6.1 Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys

Kehittämishankkeissa eettisyys käsittää koko prosessin tarkastelua. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 45.) Tämän kehittämishankkeen prosessin tarkastelussa on palattava aihevalintaan. Kehittämishankkeen lähtökohtana oli Järvenpään kaupungin terveystieteiden keskuksen tuloskortti vuodelle 2013, jossa esitettiin PAONCIL:n läpimeno vuonna 2013 ja siihen liittyvä Hyvän hoidon laatutaso akuuttiosastolle ja kotisairaalaan. Kehittämishanke kiinnittyy siten vahvasti organisaation tavoitteisiin. Kehittämishankkeen tiedonhankintatavat pohjautuvat sekä tutkittuun että kokemukselliseen tietoon ja kaupungin arvoihin ja tavoitteisiin. Prosessina tämä kehittämishanke on ollut yhdistelmä hankkeen ohjaajan yksilöllistä työskentelyä, työyhteisöjen hoitotyöntekijöiden osallistamista yhteistyössä hoitotyön esimiesten kanssa ja ohjausryhmän päätöksentekoa. Kehittämishankkeen tuotos on tehty palvelemaan RAFAELATM – hoitoisuusmittarin luotettavaa käyttöä akuuttiosastolla ja kotisairaalaan sekä parantamaan hoidon laatua yleisesti. Voidaan todeta, että tämä kehittämishanke eteni onnistuneesti suunnitellussa aikataulussa Hyvän hoidon laatutason osalta sekä laatutason jalkauttamisen osalta,

mutta itse kehittämishankkeen raportointi ei pysynyt ennalta suunnitellussa aikataulussa kehittämishankkeen toteuttajan työkiireiden vuoksi.

Kehittämistoiminnan eettisyyttä pohdittaessa ensimmäisenä on kiinnitettävä huomio toiminnan päämäärään ja tavoitteisiin, jotka määräävät aihevalintaa. Terveystienhuollossa ensisijainen toiminnan tavoite on potilaiden hyvä. Kehittämistehtävän on oltava sopiva niin toiminnan, tutkimuksen kuin eettisyyden kannalta. (Heikkilä ym.2008, 44.) Tässä kehittämishankkeessa kehittämistehtävä tähtäsi potilaiden hyvään välillisesti eli vaikuttamalla hoitotyöntekijöiden hiljaisen tiedon sekä osaamisen tuomiseen näkyviin ja siten tuotetun hoidon laatuun.

Kehittämistoiminnassa luotettavuuden näkökulmiin tulee lisätä kysymys työryhmän jäsenten sitoutumisesta. Sitoutuminen vaikuttaa aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. Luotettavuuden kannalta on tärkeää tietää, missä vaiheessa prosessia työryhmien jäsenet ovat osallistuneet aktiivisesti kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 124.) Tässä kehittämishankkeessa tuotettu Hyvän hoidon laatu-taso sisälsi työntekijöiden osallistamisen laatutason tekemisessä. Työyhteisön osallistuminen lisää kehittämishankkeen luotettavuutta työntekijöiden sitoutumisen kautta. Tämän kehittämishankkeen raportissa kirjattiin auki, missä vaiheessa ja miten työyhteisön jäsenet osallistuivat työryhmiin, ja miten heidän tuottamaa tietoaan käytettiin hyväksi (katso luku 4 Kehittämishankkeen toteuttaminen toimintatutkimuksena).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään vakuuttavuuden käsitettä. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnassa tuotetun tiedon tulee olla todenmukaisuuden lisäksi hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122.) Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetti ja valideiteetti on korvattu vakuuttavuuden käsitteellä. Sillä tarkoitetaan sitä, että tutkija vakuuttaa tiedeyhteisön tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat näkyviksi. Menetelmä edellyttää avoimuutta aineiston hankinnassa ja käsittelyssä sekä johdonmukaista aineiston keräämisen kuvausta. (Toikko & Rantanen 2009, 123–124.) Tämän kehittämishankkeen vakuuttavuutta on pyritty lisäämään selvittämällä kehittämishankkeen eteneminen ajallisesti, menetelmällisesti ja sisällön käsittelyn osalta avoimesti. Kehittämishankkeen tuotos on työyksiköille ja toi-

minnalle hyödyllinen hoidon laadun seurannan välineenä ja hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytön edellytys.

Tutkiva kehittäminen nojaa aikaisempaan tutkimustietoon, ammattilaisten kokeemukseen, hiljaiseen tietoon ja käytäntöön. Olennainen kysymys pohdittaessa tietolähteiden eettisyyttä on niiden valitseminen suhteessa tavoiteltaviin päämääriin ja vastattaviin kysymyksiin. Epäonnistunut tietolähteiden valinta voi vinouttaa kehittämistoimintaa. (Heikkilä ym. 2008,44.) Tässä kehittämishankkeessa tiedonhankinnan eettisyyttä oli tiedonhankinnan muodot eli tietoa haettiin kirjallisuudesta, aiemmista tutkimuksista sekä kohdeorganisaation tavoitteista ja arvoista kuin myös hoitotyöntekijöiden ammatillisesta osaamisesta, jolla on tavoiteltu monipuolista käsitystä tarkastelun aiheena olevasta hyvän hoidon laatutasosta ja siihen liittyvistä odotuksista.

Heikkilän ym. (2008, 44) mukaan tutkivassa kehittämisessä toimintatapojen eettisyyttä pohdittaessa on tärkeää, että kehittämistoimintaan osallistuvia kohdellaan ihmisarvoa kunnioittaen, oikeudenmukaisesti ja heille pyritään aiheuttamaan hyvää. Tässä kehittämishankkeessa pääasiallisesti osallisina olivat hoitotyöntekijät. Hoitotyöntekijät toimivat työryhmien jäseninä ja työryhmissä käydyt keskustelut jäivät vain työryhmiin osallistuneiden jäsenten ja hankkeen ohjaajan tietoon siinä muodossa kuin ne esitettiin työryhmien tapaamisissa. Aina ennen hankkeen esittelyä ohjausryhmälle, oli hankkeen ohjaaja analysoinut työryhmän tapaamisten materiaalia ja se esitettiin niin, että siitä ei pystynyt tunnistamaan yksittäisen työryhmän jäsenen vastauksia ja kommentteja.

Tutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja on myös arvioitava tutkimusetiikan näkökulmasta. On hyvä pohtia myös sitä, onko valittu menetelmä eettisesti oikeutettu (Kylmä & Juvakka 2007, 146). Tähän tutkimukseen laadullinen tutkimusmenetelmä soveltui hyvin, koska aineisto kerättiin todellisessa tilanteessa haastattelulla. Näin ollen minulla kehittämishankkeen toteuttajana oli mahdollisuus tarkentaa kysymyksiä ja tarkentaa tutkimussuunnitelmaa tutkimuksen edetessä. Laadullinen tutkimus soveltui myös siksi, koska tavoitteena oli ymmärtää kehittämisen kohteena olevia ilmiöitä kehittämiseen osallituvien hoitotyöntekijöiden subjektiivisesta näkökulmasta. (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 26.)

Tutkimuksen eettisyyden kannalta myös aineiston analyysi on arvioinnin kohteena. Aineiston keruuseen käytetty materiaali hävitetään asianmukaisesti tulosten raportoinnin jälkeen, eikä sitä ole luovutettu kenellekään kehittämisprosessin ulkopuoliselle. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustuloksia kuvataan usein alkuperäisilmauksin. Tässä kehittämishankkeessa alkuperäisilmaukset on muokattu yleiskielelle, jotta tunnistettavuus murteen käytön vuoksi voitaisiin estää. Tiedonantajia on suojattu niin, että tässä kehittämishankkeen raportissa esiintyvistä suorista lainauksista ei tiedonantajia ole tunnistettavissa, tiedonantajien kokemuksia muuttamatta. Tulosten raportoinnissa on pyritty huomioimaan oikeudenmukaisuus niin, että kaikki tärkeät tulokset, on raportoitu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177- 178; Kylmä & Juvakka 2007, 153 – 154.)

Eettisiä velvoitteita ja näkökulmia tulee pohtia myös aineiston käsittely- ja analyysivaiheissa (Kylmä & Juvakka 2007, 153). Haastatteluilla saatua aineistoa käytettiin totuuden- ja oikeudenmukaisesti. Aineistoa käytettiin vain osallistujille ilmoitettuun tarkoitukseen ja tutkimuskysymysten kannalta vain olennainen tieto raportoidaan tässä kehittämishankkeen raportissa.

Tutkimustulosten eettinen raportointi merkitsee avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta kaikkien vaiheiden raportoinnissa. Tutkimuksen tekijä joutuukin tasapainottelemaan riittävän ja liian informaation antamisen välillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 154- 155.)

Tutkimusaineiston keruu edellyttää yleensä lupakäytäntöjä, erityisesti käsiteltäessä ihmisten oikeuksiin ja inhimilliseen toimintaan liittyviä kysymyksiä. Lupakäytännöt ovat organisaatiokohtaisia. (Heikkilä ym. 2008,45.) Tässä hankkeessa ei osallisena ollut potilaita. Hankkeessa osallisina olivat työyhteisön hoitotyöntekijät ja esimiehet. Kehittämishankkeelle haettiin tutkimuslupa Järvenpään kaupungin ohjeiden mukaan (Liite 1). Kehittämishankkeen yhtenä osapuolena oli FCG konsultointi Oy, jonka kanssa tehtiin RAFAELATM – järjestelmän tutkimuslisenssisopimukset (liitteet 2a ja 2b). Sopimuksia on kaksi, koska kehittämishankkeen raportti ei valmistunut suunnitellun mukaisesti.

6.2 Kehittämishankkeen arviointi

Toikko ja Rantanen (2009, 61, 82 - 83) kuvaavat kehittämistoiminnan arvioinnin suuntaavan kehittämistoiminnan prosessia, jolloin keskeisenä tavoitteena on kehittämisprosessia ohjaavan tiedon tuottaminen. Hankkeen tulosten arviointi etenee kehittämistoimintaa suuntaavana arviointiprosessina. Kehittämisprosessin aikana muodostuneita aineistoja analysoidaan jo toiminnan aikana. Nämä väliarvioinnit saattavat muuttaa toiminnan perustelua ja organisointia. Aineistoja arvioimalla voidaan kehittämistoimintaa kohdentaa ja täsmentää. Prosessin pitäminen ajan tasalla ja tavoitteiden jatkuva uudelleen tarkastelu ja mieleen palauttaminen ovat tärkeitä tehtäviä arvioinnin kannalta. Keskustelun teemoja tullaan vertaamaan tutkimukselliselle kehittämishankkeelle asetettuihin tavoitteisiin. Oleellista on löytää vastaavuus asetettujen tavoitteiden ja toimintatapojen välille.

Tässä hankkeessa arviointi koostui toistuvista väliarvioinneista hoitotyön esimiesten ja tiimivastaavien kanssa työryhmien aikana ja jälkeen. Työryhmien tapaamiset eri teemojen ympärillä sijoittuivat muutaman viikon sisälle ja niitä oli yhteensä kuusi (6) eri kertaa liittyen hoitoisuusluokituksen osa-alueiden määrään. Kehittämistoiminnan lopulla järjestettiin tiimivastaavien kanssa tapaamisia, jolloin muodostettiin yhdessä Hyvän hoidon laatutaso materiaalin pohjalta. Näiden tapaamisten aikana työstettiin Hyvän hoidon laatutaso lopulliseen muotoonsa ennen ohjausryhmälle esittelyä. Tiimivastaavat työstivät laatutasoa työyhteisöissä ja toivat saadun palautteen tapaamisiin. Ohjausryhmän hyväksyttyä laatutason, se jalkautettiin työyhteisöihin.

Kehittämishankkeen riskinä tai ainakin haasteena oli hankkeeseen osallistujien aikataulujen yhteen sovittaminen. Tämän riskin poistamiseksi hankkeen vetäjänä minun tuli suunnitella ja sopia ryhmätyöskentelyjen aikataulut heti kehittämishankkeen alussa ja minun tuli olla valmis päivittämään aikataulua hankkeen edetessä työyhteisöjen ehdoilla.

Suunnittelu on kehittämishankkeessa jatkuva prosessi, joka auttaa reagoimaan poikkeamiin. Useimmiten hankkeen lopputulos on työn alussa varsin käsitteellistä. Yksityiskohdat tarkentuvat asteittain, jolloin tavoiteltu tulos saa tarkemman

muodon. Valmiusastetta on usein vaikea mitata konkreettisesti, mikä asettaa haasteita hankkeen seurannalle. Ajan tasalla oleva kehittämishankesuunnitelma on välttämätön edellytys hankkeen onnistumiselle. (Ruuska 2012, 227 – 228.) Kehittämishankkeen suunnitelma oli aikataulullisesti tiukka, mutta onnistui aikataulun mukaisesti työyksiköiden sekä esimiesten joustavuuden vuoksi. Kehittämishankkeen raportointi viivästyi aikataulutetusta kehittämishankkeen ohjaajan puolelta. Tällä ei kuitenkaan ollut merkitystä itse hankkeen toteutumiselle ja kehittämissankkeelle asetettujen tavoitteiden saavuttamiselle.

Kehittämistoiminta tulee nähdä erityisesti sosiaalisena prosessina, jossa ihmiset ovat aktiivisia. On katsottu eduksi, jos toimijat voivat osallistua kehittämistoimintaan ajatuksen ja kokemuksen perusteella. Osallistava toiminta voi sisältää kokeiluja, keskusteluun osallistumista tai esimerkiksi erilaisia toiminnallisia osallistumisen keinoja. (Toikko & Rantanen 2009, 89, 98–112.) Tässä kehittämishankkeessa olin valinnut hoitotyöntekijöiden osallistumista edistäväksi toimintatavaksi työryhmien teemahaastattelut ennalta sovittujen teemojen ympärille. Teemahaastatteluilla kerättiin tietoa hoitotyöntekijöiden tiedoista ja näkemyksistä hyvän hoidon laatutasoon vaikuttavista tekijöistä.

Tämä kehittämishanke sisälsi työyhteisöä osallistavia menetelmiä. Toikon ja Rantasen mukaan (2009, 39–44) perinteisen tieteellisen tiedon rinnalle on noussut erilaisia päteviä tiedon lajeja. Monimuotoinen käsitys tiedon luonteesta johtaa useiden erilaisten tiedontuottamismenetelmien hyväksymiseen. Tiedon katsotaan syntyvän niissä ympäristöissä, joissa toiminta tapahtuu. Tämä tarkoittaa sitä, että käytäntö itsessään on uuden tiedon tuotantopaikka. Tiedon katsotaan olevan transdisiplinaarista eli ei ainoastaan monitieteistä, vaan lisäksi teorian ja käytännön rajat ylittävää tiedon muodostusta. Uusi näkökulma tietoon on kysymys tiedon tuottajista. Tietoa tuotetaan käytännön toimintaympäristöissä, ja tuottajat ovat heterogeeninen ryhmä toisin kuin perinteisessä tutkimuksessa. Uuteen tietokäsitykseen kuuluu tiedon refleksiivisyys. Tämä tarkoittaa sitä, että tieto syntyy ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja on alistettua kriittiselle arvioinnille.

Toikon ja Rantasen mukaan (2009, 42–44) uuden tiedontuotannon merkitys arvioidaan sillä, kuinka hyödynnettävää tieto on sosiaalisissa ympäristöissä. Tiedon

laadunvalvonta on muuttumassa. Tietoa ei tehdä vain tiedeyhteisön arvioitavaksi, vaan tiedon käytettävyys on keskeisessä asemassa. Tieto on laadukasta, jos sen tuottamat tulokset ovat hyödynnettävissä.

Kehittämistoiminnassa ollaan yleensä tekemisissä hiljaisen tiedon kanssa. Hiljainen tieto on subjektiivista, kontekstisidonnaista ja kokemuksiin perustuvaa. Sen luonteeseen kuuluu, että sitä on vaikea kuvata sanoin tai numeroin toisin kuin eksplisiittistä tietoa. Lisäksi hiljainen tieto on aina sosiaalisesti kiinnittynyttä eli se toimii tietyssä toimintaympäristössä. Uuden tiedon luomisessa oleellista on saada aikaan vuorovaikutusta eksplisiittisen ja hiljaisen tiedon lajien välille. Yhteisöissä tarvitaan hiljaisen tiedon vaihtamista, hiljaisen ja eksplisiittisen tiedon vaihtamista ja eksplisiittisen tiedon vaihtamista. Tiedon vaihtamisen tavoitteena on saada aikaan yhteistä ajattelua. (Toikko & Rantanen 2009, 40.) Työryhmien aikana oli huomattavissa työryhmien kokoonpanon liittyvän siihen miten tietoa tuotetaan ja tietoa jaetaan. Yhdessä työryhmän tapaamisessa oli läsnä yksi hoitotyön esimies ja tämä aiheutti jännitettä työryhmän toiminnassa. Tuotettu tieto nojautui vahvasti hoitotyön esimiehen ajatuksiin ja oli enemmän työryhmän vetäjän vastuulla saada kaikilta tietoa laatutasoon liittyvän teeman tuottamiseen. Tässä onnistuttiin, mutta työryhmät, joissa ei ollut hoitotyön esimiehiä läsnä, toimivat avoimemmin.

Kehittämishankkeen tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelu hoitotyöntekijöiltä onnistui hyvin. Hoitotyöntekijät ja työryhmiin osallistuneet tiimivastaavat olivat sitoutuneita ja motivoituneita työryhmien työskentelyyn. Etukäteen sovittu roolijako työryhmien aikana työryhmien vetäjän ja tiimivastaavien kanssa oli onnistunut ja tiimivastaavat olivat sitoutuneet omaan rooliinsa. Ensimmäisessä työryhmässä nousi esiin epäily siitä, toteutuuko työryhmissä tuotettu Hyvän hoidon laatutaso todellisuudessa vai ottaako ohjausryhmä kantaa laatutasoon sitä reilusti muuttamalla. Nämä asiat keskusteltiin ensimmäisessä työryhmässä heti kysymysten tultua esiin ja seuraavissa työryhmissä tämä oli osa alustusta, jotta epäilykset eivät vaikuttaisi työryhmien toimintaan. Tämä epäily olisi tullut huomioida jo ennen työryhmien työskentelyä ja olisi ollut parempi, jos asia olisi yksiköissä käsitelty hoitotyön esimiesten ja ylihoitajan toimesta.

Heikkilän ym.(2008, 30–35) mukaan tutkiva kehittäminen nojautuu vahvasti pragmatismiin, sillä kyse on toiminnasta, joka tapahtuu käytännön ympäristössä ja tähtää toiminnan, prosessien ja tuotteiden parantamiseen. Tämän kehittämishankkeen tausta-ajattelu oli pragmaattista, sillä se tähtäsi uuden tuotteen eli Hyvän hoidon laatutason tuottamiseen. Tässä kehittämishankkeessa työyhteisön tuottama tieto oli subjektiivista, perustui kokemukseen ja sisälsi hiljaista tietoa.

Oma roolini kehittämishankkeen eteenpäin viemisessä oli keskeinen ja moninainen, koska toimin kehittämishankkeen vetäjänä, raportojana sekä työryhmien vetäjänä ja kirjaajana. Anttilan (2006) mukaan kehittämishankkeissa kehittämishankkeen vetäjän rooli on monipuolinen. Hän voi toimia esimerkiksi kehittämishankkeen katalysaattorina, ihmisten innoittajana ja kehittämisprosessin merkityksen korostajana. Samalla kehittämishankkeen vetäjän roolissa korostuu realististen lähtökohtien asettaja ja rooli asioiden käytäntöön siirtämisessä, toimien kuitenkin jatkuvasti tasavertaisena muiden kehittämistyöhön osallistuvien kanssa. Kehittämishankkeen vetäjän on koko prosessin ajan tiedostettava oma roolinsa toimintatutkimuksessa. (Anttila 2006, 440.)

Kehittämishankkeeseen osallistui akuuttiosaston ja kotisairaalan hoitotyöntekijät ja tiimivastaavat työryhmien kautta. Tiimivastaavien panos oli merkittävä koko kehittämishankkeen ajan palautteen antajina ja yksiköissä palautteen kysyjinä sekä he toimivat aktiivisesti hoitotyöntekijöiden kanssa, jotta työryhmät onnistuivat aikataulun mukaisesti. Ohjausryhmä luotti kehittämishankkeen tekijään sekä tiimivastaaviin ja antoivat täyden tuen toiminnalle sekä kannustivat eteenpäin kehittämistyössä. Ohjausryhmän ensimmäisessä tapaamisessa ylihoitaja ilmoitti, että tavoitteena on saada hoitotyöntekijöiden näkemys optimaalisen hoidon tasosta ja siihen sitoudutaan. Vaikka laatutaso alistettiin säännöllisesti ohjausryhmän arvioitavaksi, niin itse sisältöön ohjausryhmä ei ottanut kantaa muutamaa huomiota lukuunottamatta, jotka on esitetty luvussa 4. Ohjausryhmä painotti enemmän omaa rooliaan hoitotyöntekijöiden osallistumisen mahdollistajana ja kehittämishanketta tukevana. Luottamus ohjausryhmältä heijastui työryhmiin positiivisesti ja lisäsi hoitotyöntekijöiden uskoa omaan työhön vaikuttamiseen aktiivisen osallistumisen kautta. FCG Oy:n edustaja tarkisti kehittämishankkeen raportin neljä (4) kertaa hankkeen aikana ja edustajalta tulleiden ohjeiden mukaan raportin sisältöä korjat-

tiin. Muutoksia tuli joihinkin lähteisiin, jotka olivat tarkoitettu organisaatioiden käyttöön ja ohjeen mukaan ne poistettiin raportista. Tämä ei vaikuttanut lopulliseen raporttiin, vaan lähdemateriaali haettiin muualta. Kehittämishankkeen raportti annettiin myös ylihoitajalle luettavaksi, jolta ei tullut muutoksia lopulliseen työhön. Kehittämishankkeen aikana ylihoitaja toimi aktiivisesti organisaatiosta saatavan tiedon välittäjänä sekä lähdemateriaalin hankinnan tukena.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa Hyvän hoidon laatutaso osallistavan johtamisen avulla toimintatutkimus lähestymistapana. Kehittämishankkeessa osallistava johtaminen näkyi kannustuksena ja mahdollistajana sekä luottamuksena hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa ja osaamista kohtaan. Tavoite saavutettiin ja Hyvän hoidon laatutaso saatiin aikataulun mukaisesti valmiiksi sekä jalkautettua. Laatutason jalkauttamisessa apuna olivat yksiköiden tiimivastaavat, jotka toimivat aktiivisesti tehtäessä Hyvän hoidon laatutasoa ja olivat aktiivisia tiedon välittäjiä työyhteisön suuntaan.

Hyvän hoidon laatutason jalkautuminen työyksiköihin onnistui hyvin myös siksi, koska hoitotyöntekijät olivat itse olleet aktiivisia laatutason tekijöitä ja tuotettu tieto oli heille jo työryhmissä käsiteltyä ja yksiköissä kokouksissa käsiteltyä kokosyksen ajan. Myös itse ulkoasuun hoitotyöntekijät saivat vaikuttaa, jotta laatutaso olisi helppo lukuinen ja helposti hyödynnettävissä. Osan hoitotyöntekijöiden mielestä Hyvän hoidon laatutaso on liian pitkä ja asioita on liian yksityiskohtaisesti selitetty. Kuitenkin tämän haluttiin näin jäävän, jotta laatutaso toimii myös perehdytyksen tukena sekä hoitotyöntekijöiden työvälineenä. PAONCIL:ia tehdessä hoitotyöntekijät kokivat laatutason työlääksi, mutta toimintaa kuvaavaksi ja optimaamisen hoidon tason mukaiseksi.

Hyvän hoidon laatutason valmistuttua PAONCIL meni ensimmäisellä kerralla läpi kaikissa yksiköissä ennen joulua 2013, jonka seurauksena RAFAELATM – hoitoisuusluokitusjärjestelmästä on saatu yksiköissä tietoa potilaiden hoitoisuudesta sekä resurssien riittävydestä. Kuukausittain hoitotyön esimiehet tekevät raportin osaston toiminnasta hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saadun tiedon mukaan ja tämä käydään yksiköissä henkilökunnan kanssa läpi. Hoitotyön esimiehen toimen säilyttämisen perusteluissa on käytetty RAFAELATM:stä saatua tietoa. Näin ollen

hoitoisuusluokitusjärjestelmää on päästy hyodyntämään toiminnan kehittämisessä ja ylläpitämisessä.

Kehittämishankkeen tuotoksena olevassa Hyvän hoidon laatutasossa tuli näkyä kappaleessa 2.1 esitetyt Terveyskeskussairaalan arvot. Terveyskeskussairaalan arvoja ovat potilaslähtöisyys (asukaslähtöisyys), vastuullisuus, taloudellisuus ja oikeudenmukaisuus. (Järvenpään kaupunki 2012.) Lopputulosta tarkastellessa voidaan todeta, että arvot näkyvät tuotoksessa, mutta kehittämistä vielä on. Potilaslähtöisyydessä tulisi huomioida potilaiden mielipiteet ja näkemykset laatutasosta, mutta tämä kehittämishanke haki tietoa tavoitellusti vain hoitotyöntekijöiden ja heidän esimiestensä näkökulmasta. Myös taloudellisuuden näkökulman painottaminen hyvää hoitoa kehitettäessä tulisi ottaa paremmin huomioon. Tähän näkökulmaan tulisi olla enemmän hoitotyön esimiesten ja ylihoitajan näkemyksiä.

Kehittämishankkeen tulokset ja Hyvän hoidon laatutaso näkyvät jo hoitotyön kehittämisessä akuuttiosastolla ja kotisairaалassa. Laatutason osa-alueiden mukaan on laadittu perehdytyksen tarkistuslista akuuttiosastolle tiimivastaavien toimesta. Perehdytyksen tavoitteena on kehittää akuuttiosastolla annettavaa perehdytystä, sitouttaa uudet hoitotyöntekijät terveystakeskussairaalan tavoitteisiin, arvoihin ja työhön tasalaatuisella perehdytyksellä sekä varmistaa, että hoitoisuusluokitukset tulee tehdyksi luotettavasti ja Hyvän hoidon laatutaso on kaikille hoitotyöntekijöille päivittäinen työväline. Potilaille ja omaisille jaettava esite on päivitetty ja otettu uudelleen käyttöön tavoitteena parantaa yhteistyötä potilaan ja omaisen sekä henkilökunnan välillä. Hoitotyön päivittäiseen työhön tarkoitettuja ohjeistuksia on päivitetty ja uusia ohjeistuksia on tehty, jotta hoitotyön laatu olisi tasaista ja organisaation tavoitteiden mukaista. Koulutusten suunnitteluun on panostettu ja osastotunteja eri hoitoisuusluokituksen teema-alueista on suunnitteilla hoitotyöntekijöitä vastuuttamalla vastuualueiden mukaan, jotka pohjautuvat Hyvän hoidon laatutasoon. Hoitotyön kirjaamisen sisällön koulutusta on järjestetty ja koulutusta jatketaan syksyllä tavoitteena kirjaamisen koulutuksen säännöllisyys liittyen kehittämishankkeen aikana hoitotyöntekijöiden esiin tuomaan koulutuksen tarpeeseen. Hoitotyöntekijät näkivät kirjaamisen olevan olennainen osa hoitoisuusluokittelun onnistumista ja tästä syystä kirjaamisen sisällön kehittämisen tulisi olla osa akuuttiosaston ja kotisairaalan toimintaa ja toiminnan kehittämistä.

6.3 Johtopäätökset ja jatkokehittämisaiehet

Kehittämishankkeen aikana vahvistui näkemys siitä, että hyvään hoidon laatuun vaikuttavat asiat eivät ole itsestäänselvyys hoitotyöntekijöiden keskuudessa. Hyvä hoito on arvopohjainen käsite, jonka merkitys on tärkeä avata työyksiköissä. Hoitotyöntekijöillä tulisi olla yhtenäinen näkemys hyvästä hoidon laadusta, joka pohjautuu organisaation arvoihin ja tavoitteisiin sekä toiminnan perustehtävään. Tulevaisuudessa voisi olla hyvä ottaa potilaat ja omaiset sekä yhteistyökumppanit mukaan Hyvän hoidon laatutasoon liittyviä asioita laadittaessa, jotta hoidon laatuun vaikuttavien asioiden moninaisuus näkyisi selkeämmin. Työryhmissä keskustelua herätti paljon eri yksiköiden tavat toimia sekä yksiköissä olevien yksittäisten hoitotyöntekijöiden vahvat näkemykset hoitotyöstä.

Tällä kehittämishankkeella oli myös osallistavaa johtamis- ja kehittämiskulttuuria edistävä tehtävä. Työryhmien jäsenet osallistuivat arviointiin työryhmien tapaamisissa tarkastelemalla käytössä olevia toimintatapoja eri näkökulmista aiheena olevan teeman mukaisesti sekä ideoiden tulevaisuuden mahdollisuuksia tarjota laadukasta hoitoa perusterveydenhuollon potilaille. Oman työn ja työyksikön työn arviointi työryhmien tapaamisissa koettiin mielekkääksi ja toisaalta haastavaksi. Työn pilkkominen osa-alueisiin toi esille tuntemuksia omasta rajallisuudesta tukea ja auttaa potilaita, mutta toisaalta osa-alueiden tuominen esille nähtiin hyvänä keinona esittää johdolle työn monipuolistuminen tänä päivänä. Työryhmien työskentelyyn osallistuttiin vastuullisesti ja kaikki osapuolet osallistuivat työhön oman ammattitaitonsa mukaan. Työryhmien jälkeinen tuotosten itsenäinen kommentointi ei onnistunut tavoitellusti, mutta tiimivastaavat keräsivät vastuullisesti tietoa ja kommentteja työyhteisöistä, joten työntekijöiden oma-aloitteisen kommentoinnin puuttuminen ei vaikuttanut lopputulokseen.

Osaamisen kehittämistä hoitotyöntekijät tarvitsevat yhteisöllisessä hoitotyön kehittämisessä sekä hoitotyön prosessien hyödyntämisessä työssä. Osaamisen kehittämisen suunnitelmassa tulisi huomioida hoitotyön kirjaamisen sisällön kehittäminen ja hoitotyön kirjaamisen auditointien hyödyntäminen hoitotyötä ja toiminnan prosesseja kehitettäessä. Upton & Uptonin (2006) mukaan tulisi ymmärtää, että hoitajien asenne vaikuttaa näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumiseen hei-

dän toiminnassaan. (Upton & Upton 2006, 458.) Myös eriasteiset koulutukset saattavat johtaa eritasoiseen käytännön hoitotyöhön (Hannes, Vandermissen, De Blaeser, Peeters, Goedhuys & Aertgeerts 2007, 169). Työyksiköissä tapahtuva eritasoinen hoitotyö tulee olla hoitotyön esimiesten tiedossa. Kehittämiseen osallistavalla johtamisella sekä hoitotyöntekijöiden vastuuttamisella päästään tilanteeseen, jossa hoitotyön laatu on tasaista. Myös kaikilla hoitotyöntekijöillä tulisi olla selkeä näkemys toiminnan perustehtävästä, tavoitteista ja arvoista, jotta eritasoisella hoitotyön osaamisella päästään hyvään ja laadukkaaseen lopputulokseen. Työtä ohjaavien ohjeistusten päivittäminen nousi yhtenä osa-alueena työryhmissä, kun pohdittiin hoitotyön kehittämistä.

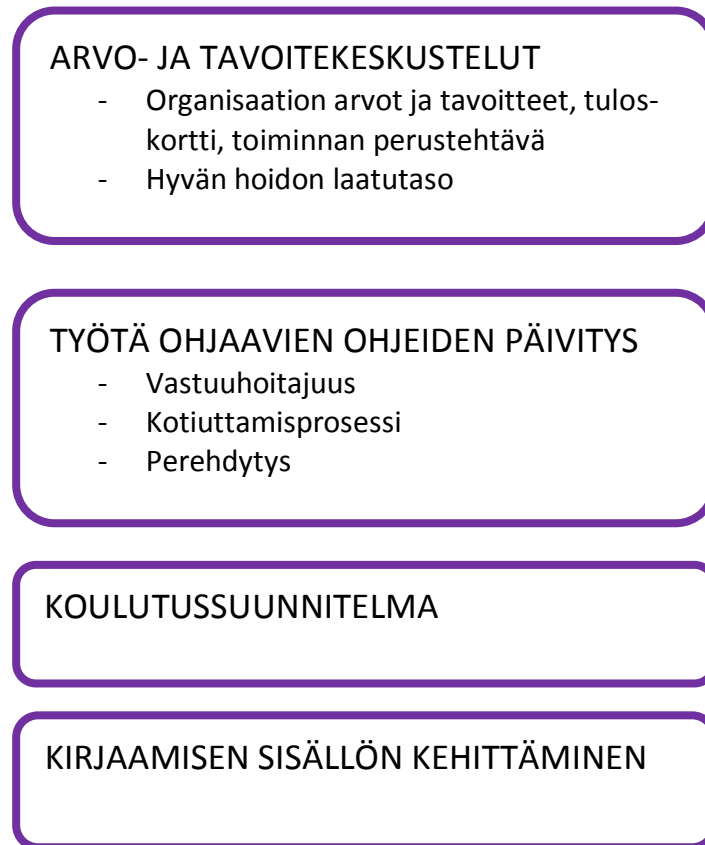
Vastuuhoitajuus ja tiimityö työmalleina mahdollistavat hoidon laadun kohenemisen osaamisen kehittyessä ja edesauttaa potilaslähtöisen hoidon toteutumista. Työn organisoinnilla voidaan mahdollistaa vastuuhoitajuus yksiköissä. Hoitotyöntekijöiden asiantuntijuutta tulisi myös vahvistaa. Näin luodaan edellytyksiä toimia vastuuhoitajina, tiimin jäseninä ja hoitotyön kehittäjinä omalta osaltaan sekä mahdollistetaan omassa työssä kehittyminen. Oman työn kehittäminen tulisi nähdä osana perustehtävää, mutta työryhmissä ilmeni, että oman työn kehittämiseksi ei koettu olevan riittävästi aikaa työssä.

Tämän kehittämishankkeen työryhmien tapaamisissa ja ohjausryhmän tapaamisissa nousi esiin, että kirjaamista tulisi jatkossa kehittää ja toimintatapoja yhdenmukaistaa yksiköiden välillä kaupungin arvojen ja ohjeiden mukaisesti vastaamaan valtakunnallisia suosituksia. Hahon (2009) tutkimuksessa kirjaamisen kehittäminen nousi selkeänä tarpeena hoitoisuusmittarin käyttöä kehitettäessä ja luotettavuutta arvioitaessa. Kirjaaminen on hoitotyön osaamisen ydinaluetta ja sitä kehitettäessä tulisi huomioida eettiset periaatteet, inhimillisyyden sisällyttäminen kirjaamiseen sekä kirjaamiseen vaikuttavat lait. Työryhmien tapaamisissa tuli ilmi, että kirjaamiskäytänteet vaihtelevat jopa yksiköiden sisällä hoitotyöntekijän osaamistason sekä motivaation mukaan ja kirjaaminen on ajoittain tehtäväkeskeistä sekä työntekijän omaa toimintaa kuvaavaa. Kirjaaminen nähtiin kuitenkin hoitoisuusmittarin käytön edellytyksenä ja kirjaamista haluttiin kehittää. Työryhmien työskentelyn aikana tuli ilmi, että kirjaaminen on herättänyt keskustelua ja kirjaamisen tasoa on pyritty kohentamaan hoitotyöntekijöistä lähtöisin. Kirjaamisen

kehittämisessä keskeiseksi nähtiin sisällön kirjaamisen kehittäminen sekä potilaan voimavarojen ja voinnin arvioinnin näkyminen kirjaamisessa.

Jatkuvaa koulutusta ja ohjeistamista tarvitaan eri hoitotyön osa-alueilla. Terveystenhuollon toimintayksikössä tulee olla riittävästi asianmukaisesti koulutettuja ja perehdytettyjä hoitotyöntekijöitä, jotka osaavat auttaa potilaita ajantasaisen tutkitun tiedon mukaisesti terveysongelmissa. Hoitotyöntekijöiden ammattitaito kehittyy myös käytännön kokemuksen myötä. Kuitenkin jokaisella hoitotyöntekijällä on oikeus ja velvollisuus huolehtia tietojensa ja taitojensa jatkuvasta kehittämisestä ja ajantasaisuudesta osallistumalla täydennyskoulutukseen. Hoitotyöntekijöiden kehittämistarpeet tulee tunnistaa sekä henkilö-, ryhmä- että organisaatiotasolla ja uusille hoitotyöntekijöille tulee taata riittävä perehdytys työhön. Hoitotyön esimiesten vastuulla on arvioida yksiköissä hoitotyöntekijöiden osaamistarpeet eri tehtävissä. Hoitotyöntekijöitä tulee kannustaa osaamisensa ja asiantuntemuksensa kehittämiseen. (Kuntaliitto 2011, 11–12.) Koulutusten lisäksi tulisi miettiä osaamisen kehittämisen keinoja, jotka edesauttavat opitun toiminnan viemistä arjen hoitotyöhön.

Hyvän hoidon laatutason tueksi luotiin kehittämis ehdotuksia (kuvio 5), joiden tavoitteena on auttaa Hyvän hoidon laatutason näkyminen akuuttiosaston ja kotisairaalan hoitotyöntekijöiden työssä.



Kuvio 5. Kehittämistoiminnan pohjalta nousseita kehittämis ehdotuksia.

Jatkokehittämisaiheena nousee esiin selvittää mitä on hyvän hoidon laatutaso potilaiden ja omaisten näkökulmasta. Poikkeavatko näkemykset hoitotyöntekijöiden näkemyksestä ja mihin mahdolliset poikkeamat kohdistuvat. Myös hyvän hoidon laatutason vaikutuksia hoidon laatuun olisi mielenkiintoista tutkia. RAFAELATM-hoitoisuusluokitusjärjestelmä perustuu hoitotyön kirjaamisen kautta tehtyyn arvioon potilaan hoitoisuudesta vuorokausittain. Jatkossa olisi hyvä tutkia onko hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotto parantanut hoitotyön kirjaamista ja siihen liittyvää koulutusta, ja sitä kautta parantanut hoitoprosessien toimivuutta. Hyvän hoidon laatutasossa otettiin selkeästi kantaa kirjaamisen tehostamiseen, jotta jatkohoito onnistuisi paremmin, joten myös jatkohoidon järjestäminen ja yhteis-

työkumppaneiden kanssa käytyä toimintaa tulisi kehittää. Jatkossa voisi myös tutkia onko hoitotyön kirjaamiseen ja hoitotyön prosessien kehittämisellä ollut vaikutuksia hoidon jatkuvuuden parantumiseksi potilaiden, omaisten ja yhteistyökumppaneiden näkökulmasta kuin myös organisaation arvopohjaan kuuluvan taloudellisuuden näkökulman osalta.

LÄHTEET

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Terveystieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. 2. painos. Hamina: Akatiimi Oy

Bell, J. 2006. Doing your Research Project. A guide for first-time researchers in education, health and social science. 4. Edition. Berkshire: Open University Press.

Elele J.& Fields D. 2010 Participative decision making and organizational commitment. Cross Cultural Management: An international Journal. Vol. 17. No. 4..

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 1 Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 24 – 31.

Fagerholm, N. 2007. Hoitotyön kuormittavuus poliklinikalla. Sähköisten rekisteritietojen analysointi. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Fagerström, L., Nojonen, K. & Åkers A. 2002. Metodologinen triangulaatio Paoncil-menetelmän sisällön validiteetin testaamisessa. Hoitotiede vol. 14, 4.7.

Fagerström, L., Rainio, A-K., Rauhala, A. & Nojonen K. 2000. Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level. Scand J Caring Sci vol. 14, 97-104.

Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000–2002. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Finohta, Terveysthuollon menetelmien arviointiyksikkö 2010. Viitattu 28.1.2014 <http://finohta.stakes.fi/FI/yleista/index.htm>.

FCG 2013/a. Finnish Consulting Group. RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Viitattu 3.10.2013.
<http://www.rafaela.fi/?q=fi/rafaela%E2%84%A2-hoitoisuusluokitusj%C3%A4rjestelm%C3%A4>

FCG 2013/b. Finnish Consulting Group. Viitattu 3.10.2013.
<http://www.fcg.fi/konsultointi/palvelut/hyvinvointi- ja ict-palvelut/luokitustuotteet/> -> RAFAELA-esite.

Haapakorpi A & Haapola I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja Työ ja yrittäjyys 35/2008. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoitaja-lehti 12/2009. [viitattu 16.3.2014]. Saatavissa:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2009/etiikka/hoitotietojen_kirjaamisen_etiikk/.

Hannes, K.; Vandermissen, J.; De Blaeser, L.; Peeters, G.; Goedhuys, J. & Aertgeerts, B. 2007. Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. Journal of Advanced Nursing Vol. 60 No. 2/2007, 162-171.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkinen, H. L. T. 2010. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J., & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uud. p. Juva WS Bookwell Oy, 214–229.

Helenius, H., Leino-Kilpi, H., Vuorenheimo, K., Välimäki, M. & Walta, L. 1995. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Teemahaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.

HoiData - hanke. 9/2007-10/2009. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. Loppuraportti .30.11.2009. Viitattu: 3.10.2013.

Osoitteessa: www.vsshp.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf

Hokkanen, S. & Strömberg, O. 2006. Laatuun johtaminen. Jyväskylä: Sho Business Development Oy.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korj. painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 94–113.

Huuskonen P. 2006. Hoitotyön toiminnot ja vaativuus. Sädehoitoyksikön henkilökunnan kuvaamina. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Juuti, P. & Rovio, E. 2010. Keskusteleva johtaminen. Helsinki. Otava.

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93.

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy.

Kanerva A. 2004. Hoitotyö erikoissairaanhoidossa Oulu Patient Classification-mittarilla ja Suomalaisella hoitotyön minimitiedostolla kuvattuna. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karkulehto, K. & Sipponen, J. 2010/1 60 - 65. Esimies siltaa rakentamassa - osallistavat menetelmät strategian ja toiminnan yhdistämisessä. Työelämän tutkimuslehti.

Kaustinen T. 1995. Hoitoisuusluokituksen kehittäminen ja arviointi. Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa v. 1991–1993. Lisensiaatintutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kaustinen, T. 2011. Oulu- hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto: lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotiede: Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu: 8.10.2013 Osoitteessa: <http://urn.fi/urn:isbn:9789514296437>

Kaustinen T. & Hentinen M. 1998. Oulu – Hoitoisuusluokituksen luotettavuuden arviointi. Sairaanhoitaja vol. 71, 3.

Kujala, J., Kouri, J. & Turanlahti, M. 2005. Sepelvaltimopotilaan hoitoprosessin tasapainotettu mittaristo. Suomen lääkärilehti Vol. 60 No. 49-50/2005, 5147-5151.

Kuntaliitto, 2011. Terveystieteiden laatuopas. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere. Vastapaino.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Akateemisen väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kinnunen, J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 18 (3), 107–119.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

L 1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. Viitattu: 4.10.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

L 1994/559 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Finlex. Lainsäädäntö. Viitattu 14.3.2014. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=%20laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4>

L 1999/731. Suomen perustuslaki. Finlex. Lainsäädäntö. Viitattu 14.3.2014. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

L 2010/1326. Terveysturvalaki. Finlex. Lainsäädäntö. Viitattu 14.3.2014. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Laajarinne, E-M. & Salminen, A. 2009. Osastonhoitajien kokemukset valmiuksistaan Rafaela hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytössä ja sen hyödyntämisessä Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Lavarda R., Giner M. & Bonet F. 2009 Understanding how the strategy formation process interacts with the management of complex work. *European Business review*. Vol. 23. No. 1, 2011.

Lehtoranta H. 2007. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen. Teoksessa: Lehtoranta, H., Luoma, M-L., Muurinen, S (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Helsinki: Valopaino Oy, 2007:31-32.

Leino-Kilpi H. 1990. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintähallituksen julkaisuja nro 163. Helsinki.

Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO –mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. STAKES. Raportteja 151. Jyväskylä: Gummerus.

Leppilampi, A. 2002. Yhteistoiminnallinen oppiminen aikuiskasvatuksessa. Teoksessa: Sahlberg, P. & Sharan, S. (toim.) 2002. Yhteistoiminnallisen oppimisen käsikirja. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Lindfors, K. 2006. Haasteena näyttöön perustuva hoitotyö: kyselytutkimus hoitotyön johtajille ja hoitotyöntekijöille. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lonkila, P. 2006. Hoitoisuusluokituksen käyttö osana hoitotyön laadun arviointia. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Luhtasela, L. 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön Rafaela-järjestelmän avulla tarkasteltuna. Pro-Gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu: 4.10.2013. Osoitteessa:
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01331.pdf>

Metsämuuronen, J. 2008. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mikkelsson, M. 2011/2. Marja Mikkelsson (ohjaimissa)(15 - 19). Premissi-lehti. Terveystieteiden ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu.

Muurinen S. 2007. Ammatillisen hoidon laadun arviointi. Teoksessa: Lehtoranta, H., Luoma, M-L., Muurinen, S (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Helsinki: Valopaino Oy, 2007:43-44.

Mäkelä, L. 2006. Hoitoisuustietojen käyttö hoitotyön johtamisessa, ylihoitajien hoitoisuustietojen hyödyntäminen hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotto-vaiheessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Niemi-Murola, L. & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. Finnanest 44, 1, 21–23.

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopio. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet.

Pekkarinen L. 2007. The relationships between work stressors and organizational performance in long-term care for elderly residents. Vaajakoski: Gummerus.

Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies-Patomäki, M. & Pelkonen M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoiteohjelman (2004-2007) arviointi. Viitattu 29.1.2014
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>.

Rainio A-K. & Ohinmaa A. 2004. Henkilöstövoimavarojen käytön arviointi RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla. Terveystaloustiede. Stakes aiheita 3.

Rauhala, A. 2008. The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing. Doctoral dissertation. Kuopio. Kuopion yliopisto. Kuopion julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 159.

- Rauhala, A., Raunio, A-K, Fagerström, L. & Nojonen, K. 1999. Hoitoisuusmittausten kehitystyön tuloksia ja käyttökokemuksia Vaasan Keskussairaalarasta. Lääkärilehti.1999,54(29):3571-3576.Viitattu 4.10.2013. Osoitteessa:
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000011033>
- Robson, C. 2002. Real World Research. Second edition. Oxford. Blackwell.
- Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 7. painos. Helsinki. Talentum.
- Sarala, U. & Sarala, A. 1996. Organisaation oppimisen laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. Tampere: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus ja koulutuskeskus.
- Seppälä, A. 1992. Suomessa käytössä olevia hoitoisuusluokituksia. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.
- Simonen, O. & Kaunonen, M. 2006/5. (222 - 232) Hoitotyön mittarit ja niiden yhteys strategioihin - viitekehyksenä tasapainoinen tulokortti. 2006, Hoitotiede vol.18, no 5/06.
- Sinervo T. 2007. Työhyvinvointi. Teoksessa: Lehtoranta, H., Luoma, M-L., Muurinen, S (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Helsinki: Valopaino Oy, 2007:48-49.
- Sydänmaanlakka, P. 2012. Älykäs johtaminen 7.0. Helsinki. Talentum.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma. Westpoint Oy.
- Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Pro gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Tienari J. & Meriläinen S. 2009 Johtaminen ja organisointi globaalissa taloudessa. Helsinki: WSOYpro.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. painos. Tampere. Tampere University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, S. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint oy.

Tuomi, L. & Sumkin, T. 2010 Strategia arjessa oivalluksia organisaation uudistajille. Helsinki: WSOYpro.

Upton, D. & Upton, P. 2006. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. Journal of Advanced Nursing Vol. 54 No. 4/2006, 454-458.

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, UH. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerrus, 2002:11-18.

Valtiovarainministeriö, 2001. Osaamisen johtaminen, kehittämishankkeen loppuraportti.

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/06_valtion_tyomarkkinalaitos/4064/4065_fi.pdf

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa, Stakes tutkimuksia no: 142. Gummerus Kirjapaino. Saarijärvi.

Voutilainen, P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01676>.

Julkaisemattomat lähteet:

Järvenpään kaupunki 2012. Toimintasuunnitelma 2012, Terveyskeskussairaala, akuuttiosasto ja kotisairaala.

Järvenpään kaupunki 2013. Tulokortti 2013.